



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Dialyysipotilaan AV-fistelin hoito ja aseptinen toiminta

Potilasohjausvideon käsikirjoitus

Koskinen, Esa-Pekka

Savilampi, Miia

2014 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Dialyysipotilaan AV-fistelin hoito ja aseptinen toiminta

Potilasohjausvideon käsikirjoitus

Koskinen, Esa-Pekka
Savilampi, Miia
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2014

Koskinen Esa-Pekka ja Savilampi Miia

Dialyysipotilaan AV-fistelin hoito ja aseptinen toiminta
Potilasohjausvideon käsikirjoitus

Vuosi

2014

Sivumäärä

44

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Laurea- ammattikorkeakoulun ja erään Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella toimivan sairaalan dialyysiyksikön kanssa. Tämä opinnäytetyö toteutettiin osana Five stars partnership -hanketta, jonka osaprojektien tavoitteena oli muun muassa parantaa sähköistä potilasohjausta.

Opinnäytetyön tuotoksena kehitettiin käsikirjoitus potilasohjausvideolle arteriovenoosi-fistelin aseptisesta käsittelystä. Käsikirjoituksen kautta opinnäytetyön tavoite oli parantaa sähköistä potilasohjausta ja että kyseisen käsikirjoituksen pohjalta kuvattavaa potilasohjausvideota pystyttäisiin hyödyntämään tulevaisuuden potilasohjauksessa. Onnistunut potilasohjaus on mahdollista ainoastaan sairaanhoitajan ja potilaan sitoutuneella ja tiiviillä yhteistyöllä, jonka tuloksena potilas saa tarvittavat tiedot sairauden kulusta ja sairauden hoidon etenemisestä.

Käsikirjoituksessa keskityttiin potilaan omaan asemaan hoitonsa suhteen. Käsikirjoitus on luotu potilaalle ja siinä on pyritty korostamaan potilaan oman toiminnan merkitystä kokonaisuhoiton kannalta. Käsikirjoituksen tavoitteena on luoda positiivinen kuva elämästä niin, ettei itse sairaus tai sen hoito ole potilaan elämän keskipiste, vaan sivuosio muun elämän ohessa. Käsikirjoituksessa käydään läpi potilaan vuorokausi alkaen hoitoa edeltävästä iltapäivästä hoidosta lähtemiseen hoitopäivänä.

Kohderyhmänä opinnäytetyössä toimivat arteriovenoosifistelin omaavat potilaat, joille käsikirjoituksen perusteella kuvattava potilasohjausvideo on tarkoitettu. Osastolla työskentelevä henkilökunta toimi arvioivana osapuolena käsikirjoitukselle ja videoinnin puolesta arvioinnin toteutti elokuvaohjaaja. Tutkimusosiossa käytettiin aihetta edeltäneen opinnäytetyön tuloksia. Arviointitilaisuus järjestettiin yhteistyösairaalalla, johon oli mahdollista työntekijöiden osallistua tai palauttaa täytetty kyselylomake. Tutkimusmenetelänä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää.

Arviointitilaisuuteen osallistui yksi henkilö ja kyselylomakkeita palautettiin tilaisuudessa neljä kappaletta. Näiden arviointien ja kehitysehdotusten perusteella opinnäytetyön arviointi toteutettiin ja palautteet sekä arviointitilaisuuden sisältö analysoitiin. Tiedonkeruumenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin sisällönanalyysiä.

Tärkeimmäksi kehityskohteeksi käsikirjoitukseen ilmeni komplikaatioiden tarkentaminen ja potilaan ja hoitajan välisen kommunikoinnin tärkeyden korostaminen. Nämä kehitysehdotukset kirjattiin työn arviointiosioon ja käsikirjoitusta kehitettiin niiden perusteella.

Tulevaisuudessa potilasohjausvideon käsikirjoitusta voidaan muokata ajantasaisten ohjeistusten ja kehitysehdotusten perusteella sellaiseksi kokonaisuudeksi, josta arteriovenoosifistelin omaava potilas saa tarpeellisen tiedon omasta ja hoitohenkilökunnan toteuttamasta arteriovenoosifistelin aseptisesta käsittelystä.

Asiasanat: munuaiset, dialyysi, fisteli, sähköinen potilasohjaus, aseptiikka

Koskinen Esa-Pekka and Savilampi Miia

Dialysis patient's treatment and aseptic handling of AV fistula
Patient guidance video manuscript

Year	2014	Pages	44
------	------	-------	----

This thesis has been carried out in cooperation with Laurea University of Applied Sciences Lohja and a certain dialysis unit of the Helsinki and Uusimaa Hospital District. The study was carried out as part of the Five Stars partnership project, whose sub-projects aimed to improve i.a. e-patient counseling.

The end product of this thesis is a manuscript for a patient guidance video about aseptic handling of an arteriovenous fistula. The goal is to improve e-patient counseling and that the video could be used for patient guidance in the future. Successful patient guidance is possible only with dedicated cooperation between the nurse and the patient, so that patient receives sufficient information about his/her disease and how the treatment proceeds.

The manuscript focuses on the patient's own situation in the treatment. The manuscript is made for the patient and focuses on how the patient's own actions matter in the treatment. The aim is to create a positive image about life so that the disease or its treatment is not the center of the patient's life, but rather a part among the other aspects of life. The manuscript will include 24 hours in the patient's life from noon preceding the treatment until the patient leaves the hospital on the treatment day.

The target group of the thesis were the patients who have an arteriovenous fistula. The nurses of the dialysis unit will review the manuscript and suitability for filming was assessed by a film director. In the research section we used the results of the preceding study. Evaluation session at the cooperation hospital was arranged, where it was possible for the staff to take part or return the questionnaire. Qualitative method was used for research method.

One person took part in the meeting and four questionnaires were returned. According to these reviews and improvement suggestions we evaluated the thesis and the questionnaires and the results of meeting were analyzed. Data collection method used in the thesis was content analysis.

The most important things to improve were lack of precision concerning the complications and the communication between the nurse and the patient before and during the treatment. These suggestions were recorded to the evaluation part of the thesis and the manuscript was developed focusing on those two issues.

In the future, the patient guidance video can be updated with the latest information, guidelines and development proposals, so that the patient with arteriovenous fistula will receive necessary and sufficient information concerning the aseptic handling of the fistula performed by self or by the nurses.

Keywords: kidneys, dialysis, fistula, e-patient counseling,

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	8
2.1	Munuaiset.....	8
2.2	Munuaisten vajaatoiminta	9
2.3	Dialyysi.....	10
2.4	Arteriovenoosifisteli ja fistelin valinta veritiekse.....	11
2.4.1	Fistelikäden käyttö ja hoito	12
2.4.2	Ihohoito.....	13
2.4.3	Hammashuolto	14
2.5	Aseptiikka.....	15
2.6	Potilasohjaus.....	16
2.7	Potilaiden sitoutuminen sairautensa hoitoon	18
3	Opinnäytetyön toteuttaminen	19
3.1	Yhteistyökumppanit ja Five Stars partnership -hanke	21
3.2	Yhteistyösairaala	22
3.3	Työskentelytavat	23
3.4	Taustavaikuttajat	23
3.5	Projektin arviointi.....	24
3.6	Käsikirjoituksen analyysi hoitotyön näkökulmasta	26
3.7	Käsikirjoituksen analyysi videoinnin näkökulmasta	27
4	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	28
	Lähteet.....	31
	Kuviot ..	32
	Liitteet.....	35

1 Johdanto

Hemodialyysipotilaalla käytetään keinotekoista veritietä dialyysin toteuttamiseen. Yleisimpiä veritievaihtoehtoja hemodialyysipotilaalle ovat Fistel ja Grafti. Opinnäytetyömme perustuu arteriovenoosifistelin (AV-Fistelin) omahoitoon ja aseptiseen toimintaan fistelin kanssa sekä kotona että sairaalassa dialyysin aikana. Parantamalla potilaiden tietoisuutta hoidon aikana tapahtuvista toimenpiteistä sekä hoidon ulkopuolella tehtävästä fistelin hoidosta ja aseptiikasta fistelinhoitoon liittyen voidaan ennaltaehkäistä infektioita sekä pidentää fistelin elinkaarta merkittävästi. (Iivanainen & Syväoja. 2008, 214-215; Heikkinen. 2011.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa käsikirjoitus potilasohjausvideolle, joka palvelee AV-fistelin omaavaa hemodialyysipotilasta ajasta ja paikasta riippumatta. Käsikirjoituksen perusteella kuvattava potilasohjausvideo monipuolistaa potilaiden mahdollisuuksia saada tietoa fistelin hoitoa koskevista ohjeistuksista, oli hän sitten sairaalassa tai kotona. Projektin kohde-ryhmänä toimivat AV-fistelin omaavat potilaat, joille käsikirjoituksen perusteella kuvattava potilasohjausvideo on ensisijaisesti tarkoitettu. Projektin arvioivina osapuolina toimivat yhteistyösairaalan dialyysiyksikön hoitajat sekä videon puolelta arvioivana osapuolena toimi elokuvaohjaaja.

Potilasohjausvideo tulee olemaan dialyysipotilaan saatavilla sähköisessä muodossa ja se pystytään katsomaan multimediatekniikan kautta. Kaikilla potilailla ei vielä ole tarvittavia laitteita kotona, mutta heillä on mahdollisuus käyttää näyttöpäätettä esimerkiksi dialyysihoidon aikana sairaalalla tai julkisensektorin tarjoamissa yhteistiloissa. Huomioon otettavia vaihtoehtoja potilasohjausvideon katsomiselle on juurikin julkisen sektorin tarjoamat tilat kuten kirjastot, jossa tietokoneet ja näyttöpäätteet ovat ilmaiseksi asiakkaan käytettävissä. Tämän potilasohjausvideon kautta potilaalla tulee olemaan nykyisiä ohjeistusmuotoja helpompi tapa saada tietoa fistelin aseptisestä hoidosta ja oleellisesta seurannasta. Käsikirjoituksessa korostetaan ensisijaisesti potilaan oman toiminnan vaikutusta fistelin toimintaan ja elinkaaren pituuteen.

Tässä työssä termillä "video" tarkoitetaan potilasohjausvideota ja termillä "fisteli" tarkoitetaan arteriovenoosifisteliä eli AV-fisteliä. Arteriovenoosifisteli tulee englanninkielisestä nimestä "arteriovenousfistula". Tämä tarkoittaa suomennettuna verisuonta, joka on rakennettu keinotekoisesti yhdistämällä arteria eli valtimo ja vena eli laskimo.

Keskeisinä käsitteinä opinnäytetyössä käytettiin sanoja aseptiikka, fisteli, sähköinen potilasohjaus, dialyysi, munuaiset ja munuaisten vajaatoiminta.

Nyt toteutettu opinnäytetyö on osa Pro Stars -hanketta, joka toteutettiin vuosina 2012-2013. Opinnäytetyön työstäminen alkoi tämän osahankkeen aikana, kevät-talvella vuonna 2013. Pro Stars -hanke oli yksi valmisteleva osahanke nyt käynnistyneelle kansainväliselle Five Stars partnership -hankkeelle. Five Stars partnership -hanke toimii kaikki edeltäneet osahankkeet yhdistävänä päähankkeena ja päähankkeen tavoitteena on kehittää sähköisiä palveluita yhteistyössä eri maiden sairaaloiden ja ammattikorkeakoulujen kanssa.

Opinnäytetyössä käytetään edellisen opinnäytetyön tuloksia osana työtä, jotka Eeva-Liisa Alasjärvi (2012) on aiemmassa opinnäytetyössään tuonut esille. Yhteistyökumppaneina opinnäytetyössä toimi yhteistyösairaalan dialyysiyksikkö ja Laurea-ammattikorkeakoulu.

2 Teoreettinen viitekehys

Tämä opinnäytetyö käsittelee AV-fistelin toimintaa ja aseptista käsittelyä. AV-fisteli on keino-tekoisesti rakennettu veritie ja dialyysihoidot toteutetaan sen kautta. Dialyysihoidot on tarkoitettu munuaisten vajaatoimintaa sairastaville potilaille. Dialyysihoidot ovat munuaistenvajaatoiminnan aktiivihoitoa silloin kuin konservatiiviset hoitomuodot eivät enää ole riittäviä. Konservatiivisia hoitomuotoja ovat muun muassa ruokavalion kautta tapahtuva hoito. Muut konservatiiviset hoitomuodot avataan jäljempänä tätä työtä. Munuaisten vajaatoiminta etenee neljän vaiheen kautta kohti dialyysihoidojen aloittamista. Riskiä sairastua tautiin kasvat-
taa muun muassa miessukupuoli, useat samanaikaiset lääkehoidot, diabetes ja korkea ikä. Diabeteksen yleistyminen Suomessa nostaa luonnollisesti myös dialyysihoidon tarvitsevien potilaiden määrää. (Ahonen ym. 2012, 610; Iivonen ym. 2006, 588-589.) Työn keskeiset käsitteet ja niiden merkitys aihealueeseen nähden käsitellään seuraavissa alaotsakkeissa yksitellen läpi.

2.1 Munuaiset

Ihmisellä on kaksi munuaista, jotka sijaitsevat selkärangan oikealla ja vasemmalla puolella. Munuaiset ovat kuona-aineiden poistoon erikoistunut elin ja ovat samalla yksi ihmiselimistön tärkeimmistä suodattimista. Alimpien kylkiluiden alla suojassa olevat munuaiset ovat kokonaan rasvakudoksen peitossa. Ne ovat muodoltaan papumaiset ja pituudeltaan vajaat 15 cm:n pituisia. Ne painavat yksistään noin 150 g. (Ahonen ym. 2012, 591-592; Alahuhta ym. 2008, 16.)

Munuaisilla on paljon tehtäviä pelkän kuona-aineiden poiston ja suodattimena toimimisen lisäksi. Munuaiset osallistuvat osaltaan virtsanerityksen säätelyyn, joka voidaan jakaa autoregulaatioon (paikallinen säätely) ja hormonaaliseen säätelyyn. Paikallisella säätelyllä käsitetään itse munuaiskudoksessa tapahtuvaa säätelyä, joka vaikuttaa elimen suodatustehoon sekä hiusuonikerästen verenvirtaukseen. Hormonaalinen säätely on selvästi hitaampaa kuin aiemmin mainittu autoregulaatio. Kun paikallinen säätely reagoi nopeisiin ja hyvin lyhytaikaisiin muutoksiin, hormonaalinen säätely alkaa toimia vasta pidemmän aikaa kestäneen muutoksen jälkeen. (Alahuhta ym. 2008, 27-35.)

Neste- ja suolatasapainon säätelyssä munuaisten rooli on merkittävä. Ihmisen ollessa levossa, kuten hänen nukkuessaan, menettää hän noin 2/3 koko vuorokauden nestepoistumasta. Tämä nestepoistuma tapahtuu ainoastaan munuaisten kautta. Tilanteessa, jossa elimistöön tulee nestettä enemmän munuaiset toimivat tehokkaammin ja virtsaa erittyy tässä tilanteessa luonnollisesti nopeammin kuin normaalitilanteessa. Vastapainona niukasti nestettä saadessaan munuaiset muodostavat virtsaa hitaammin ja virtsaa erittyy niukasti. Erityisesti natriumin

osuus on olennainen asia tässä kokonaisuudessa. Suolatasapaino ja sen säätely on paljon hitaampaa kuin nestetasapainon kohdalla tapahtuva säätely. Natriumia menetetäänkin lähes ainoastaan munuaisten kautta nukkuessa ja levätessä sekä raskaassa rasituksessa hikoilun kautta, esimerkiksi urheilusuorituksen aikana. (Alahuhta ym. 2008, 27-35; Niemi-Murola ym. 2012, 22-23.)

Happo-emästatasapainon säätelyssä munuaiset ovat hitain, mutta hyvin tehokas säätelijä. Ne kykenevät saattamaan happo-emästatasapainon takaisin entiselleen, mikäli kyseessä ei ole sairaudesta johtuva tila elimistössä. Tämä tasapainon säätely perustuu vetyionien sekä bikarbo-naatti-ionien erittymiseen ja niiden säätelyyn. Lisäksi fosfaattien ja ammoniakkin erittäminen virtsaan, jotka puolestaan sitovat vetyioneja, ovat munuaisten happo-emästatasapainon säätelyn keinoja. (Alahuhta ym. 2008, 27-35.)

Kalsiumtasapainon eli tässä tapauksessa plasman kalsiumpitoisuuden säätely ja tarkkailu on tärkeä tehtävä ja siihen osallistuvat muunmuassa hormonit, jotka toimittavat tätä tehtävää elinryhmissä. Näitä elinryhmiä ovat luusto, suolisto ja munuaiset. Munuaisissa parathormoni (PTH) ja sen eritysvilkastuu, mikäli plasman kalsiumpitoisuus vähenee. Hormoni vaikuttaa munuaistiehyissä tapahtuvaan kalsiumin takaisin imeytymiseen, jolloin kalsiumia poistuu virtsan mukana elimistöstä vähemmän. Munuaiset erittävät myös erytropoietiinihormonia (EPO), joka vaikuttaa punasolujen muodostumiseen luumuuytimessä. Hemoglobiinin tippuessa munuaiset alkavat muodostamaan hormonia enemmän, jolloin punasolujen muodostuminen kiihtyy. Munuaiset siis säätelävät omalta osaltaan myös punasolujen muodostumista. (Alahuhta ym. 2008, 27-35.)

Yksittäinen munuainen jaetaan kuori- ja ydinkerrokseen. Virtsan määrän ja koostumuksen säätelystä sekä kuona-aineiden poistosta vastaavat kummastakin munuaisesta löytyvät nefronit. Nefroneita onkin noin miljoona per yksi munuainen, eli kahdesta munuaisesta löytyy yhteensä lähes kaksi miljoonaa nefronia. Nefroni itsessään jaetaan kahteen osaan, kuten munuainenkin, tehtävänsä perusteella. Näitä ovat joko munuaistiehyt tai munuaiskeräinen. Ihminen suodattaa vuorokauden aikana noin 180 litraa alkuvirtsa, jonka muodostaminen on munuaiskeräsen tehtävä. Munuaistiehyt osaltaan, eli nefronin toinen osa, huolehtii niin aineiden imeytymisestä takaisin elimistöön, virtsan konsentroitumisesta kuin säätelämisestä elimistön vesi- ja elektrolyyttitasapainoa. (Ahonen ym. 2012, 591-592.)

2.2 Munuaisten vajaatoiminta

Akuutti munuaisten vajaatoiminta on munuaisvaurio, jossa munuaisten toiminta on äkillisesti heikentynyt ja se johtaa happo-emästatasapainon ja neste-suolatasapainon häiriintymiseen sekä kuona-aineiden kertymiseen. Huonontunut verenvirtaus on yleisin syy akuuttiin munuaisvauri-

oon. Mahdollisia syitä tähän verenvirtauksen huonontumiseen voi olla esimerkiksi hyvin massiivinen verenvuoro, alhainen verenpaine tai elimistön kuivumistila. Eri sairauksissa käytetään myös sellaisia lääkkeitä, jotka voivat sivuvaikutuksena heikentää munuaisten toimintaa aiheuttamalla vaurioita tai pahentamalla jo olemassa olevaa munuaisvauriota. Käytännön esimerkkejä näistä lääkkeistä on kuvauksissa käytettävät varjoaineet, litium ja aminoglykosidiantibiootit. Myös tietys käsikauppalääkkeenä saatavat tulehduskipulääkkeet lukeutuvat näihin lääkkeisiin, mikäli ne suodattuvat munuaisten kautta elimistöstä pois. (Ahonen ym. 2012, 608-615; Nurminen 2011, 464.)

Munuaisten vajaatoiminnan vaiheet on jaoteltu neljään (4) osaan ja vaikeusasteet viiteen (5) osaan. Näitä munuaisten vajaatoiminnan eri vaiheita ovat pienentynyt reservi, lievä tai kohtalainen munuaisten vajaatoiminta, vaikea munuaisten vajaatoiminta ja virtsamyrkytys. Vaikeusasteet ovat puolestaan jaoteltu normaalista munuaisten toiminnasta loppuvaiheen munuaisten vajaatoimintaan. (Ahonen ym. 2012, 608-615.)

2.3 Dialyysi

Dialyysin tarkoitus on korvata osa munuaisten toiminnasta suodattamalla kuona-aineita kehosta kun munuaiset eivät pysty erittämään tai muodostamaan virtsaa normaalisti. Tässä tilanteessa alkaa urea ja kuona-aineet kerääntyä kehoon ja ne pyritään poistamaan keinotekoisesti dialyysin avulla. Dialyysi ylläpitää keinotekoisesti neste-suolatasapainoa, kalsiumtasapainoa, happo-emästasapainoa, punasolujen muodostumista ja virtsaneritystä. Dialyysihoito korvaa munuaisten toimintaa vajaatoiminnan hoitomentelmänä. (Ahonen ym. 2012, 622-625.)

Termi dialyysi tarkoittaa kuona-aineiden poistoa verestä keinotekoisesti. Virallisesti termi tarkoittaa kalvoerottelua, jossa toimintamuotona on liuoksen pienimolekyylisten aineiden siirtyminen puoliläpäisevän kalvon läpi diffuusion avulla (Iivanainen & Syväoja 2008, 61; Duodecim 2013.)

Dialyysilaitte kuljettaa veren kapillaariputkia pitkin keinotekoiseen munuaiskalvostoon (dialyysiaattoriin) ja sitä kautta edelleen veri palaa takaisin potilaan omaan verenkiertoon. Laitte on itsessään yhdistetty potilaaseen keskuslaskimokatetrin tai fistelisuoneen asetetun kanyylin tai kanyylien kautta. Veren kanssa samanaikaisesti kapillaariputkiin kulkee dialyysineste. Nesteen koostumus on sekoitus puhdasta vettä, suolaliosta sekä bikarbonaattiliuosta. Puoliläpäisevä kalvo päästää aineita läpi aineiden koon ja pitoisuuksien perusteella, näin ollen pienet ureemiset toksiinit poistuvat tehokkaasti ja samalla potilaaseen siirtyy esimerkiksi bikarbonaattia, jotka edesauttavat happo-emästasapainon ylläpitoa ja säilyttämistä. Puoliläpäisevän kalvon läpi ei pääse verta tai valkuaisaineita, ainoastaan vesi siirtyy kalvon jommalle kummalle puolelle, riippuen kummalla puolella on väkevämpi liuos. Ylimääräinen neste poistuu elimis-

töstä dialyysinesteenä, joka käytettynä siirtyy laitteesta viemäriin. Näin ollen hoito ei lisää kehon nestekuormitusta ja hoito toteutuu turvallisena. (Ahonen ym. 2012, 623-625; Nurminen 2011, 467.)

Nykyaikainen dialyysihoito on tulosta huikealle alan ja hoitomuotojen kehittymiselle, sillä kesäkuussa vuonna 1961 on suomessa toteutettu ensimmäinen dialyysihoito. Siihen aikaan hoito suoritettiin preparoimalla sekä laskimo- että valtimosuonet ja liittämällä ne dialyysilaitteeseen joka hoitokerta erikseen. Ymmärrettävää on, että kroonisen munuaisten vajaatoiminnan hoito tällaisella tekniikalla oli mahdotonta ja akuuteissakin tilanteissa hoito kävi mahdottomaksi jo muutaman hoitokerran jälkeen. (Duodecim 2014.)

Dialyysihoito on munuaisten vajaatoiminnan aktiivista hoitoa. Munuaisten vajaatoimintaa voidaan dialyysihoidon ohella hoitaa myös liikunalla, lääkkeillä, ruokavaliolla sekä munuaisten siirrolla. Näistä edellä mainituista hoitomuodoista kolme ensimmäistä kutsutaan konservatiivisiksi hoitomuodoiksi. On muistettava ettei dialyysihoito korvaa munuaisten toimintaa täysin ja usein lääkkeellinen hoito sekä oikea ruokavalio ovatkin avainasemassa hemodialyysipotilaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Alahuhta ym. 2008, 64-67.) Dialyysiin toteuttamiseen on olemassa kolme erilaista vaihtoehtoa; peritoneaali-, kotihemo- ja hemodialyysi. Peritoneaali- ja hemodialyysin erona on se, että peritoneaalisessa suodatuskalvona toimii potilaan vatsakalvo ja hemodialyysissä avataan veritie yläraajaan. Alaraajoja ei yleisesti ottaen käytetä dialyysiraajana. (Ahonen ym. 2012, 622-625.)

Dialyysihoito toteutetaan yleensä kolme kertaa viikossa ja kerrallaan neljästä viiteen (4-5) tuntia. Alkuvaiheessa hoitoa voidaan toteuttaa päivittäin lyhyemmän aikaa. Yöhemodialyysi on myös mahdollinen dialyysin toteuttamismuoto, siinä dialyysipotilas saa hoitoa kahdeksan (8) tuntia kerrallaan. Jokaisen hoidon alussa AV-fisteliin pistetään kaksi dialyysineulaa. Nämä yhdistävät fistelin letkuston kautta dialyysiaattoriin ja tätä kautta veri kulkee kehon ja koneiston välillä. Potilaan vointia ja laitteen toimintaa tarkkaillaan koko dialyysihoidon ajan ja hoidon aikana voi esiintyä erinäisiä ongelmia. Näitä ongelmia ovat muunmuassa päänsärky, pahoinvointi, lihaskrampit, verenpaineen lasku ja joissain tapauksissa myös rytmihäiriöt. Yleisesti nämä ongelmat liittyvät liian nopeaan tai suureen nesteenpoistoon ja suureen sekä nopeaan kuona-aineiden poistoon. Potilas voi dialyysihoidon aikana syödä ja katsella televisiota tai lukea kirjaa, minkä kukin potilas tuntee parhaimmaksi ajanvietto tavaksi. (Munuais- ja maksaliitto 2010, 22.)

2.4 Arteriovenoosifisteli ja fistelin valinta veritiekseksi

AV-Fisteli eli arteriovenoosifisteli, on keinotekoinen veritie, jota kautta johdetaan verta potilaasta dialyysiaattoriin. Dialyysiaattorissa veri kulkee dialyysikalvon läpi suodattaen itsestään

muunmuassa ureemiset toksinit ja palautuu takaisin verenkiertoon. Dialyysinesteen kautta potilaaseen siirtyy bikarbonaatteja, jotka korjaavat happo-emästasapainoa. (Ahonen ym. 2012, 624.)

Hemodialyysissä tärkeintä on saada kestävä ja hyvä suoniyhteys, jossa on oltava vähintään 200 millilitran minuuttivirtaus. Tällöin suonesta saadaan tarpeeksi verta puhdistettavaksi dialysaattoriin ja samanaikaisesti jo puhdistettua verta puolestaan verenkiertoon. Virtaus määrittää myös kuinka nopeasti puhdistettu veri saadaan palautettua takaisin potilaan verenkiertoon. Reisilaskimokatetri ja sentraalinen dialyysikatetri ovat vaihtoehtoisia suoniyhteysvaihtoja AV-Fistelille (Arteriovenoosifisteli). AV-Fistelissä laskimo yhdistetään valtimoon ja tämän seurauksena verenvirtaus fistelissä voimistuu ja samalla suoni laajenee. Tällainen laajentunut suoni on toimenpiteen kannalta helpompi kanyloida. Fisteli tehdään yleensä 6-12 kuukautta ennen dialyysihoidon aloittamista. AV-fisteliä käytetään kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavalle henkilölle. (Iivanainen & Syväoja. 2008, 214-215.) Myöhemmin Ahosen ym. (2012, 623) mukaan on todettu, että dialyysihoito pystytään aloittamaan myös aikaisemmin. Fistelit, jotka ovat saaneet asettua 2-3 kuukautta, ovat täysin käyttökelpoisia dialyysihoitoa varten. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin suositusten mukaan fistelin tulee saada asettua 3-4 viikkoa ennen ensimmäistä käyttökertaa. Laskimon ja valtimon yhdistäminen, eli fistein rakentaminen, voidaan tehdä nukutuksessa tai puudutuksessa. Fisteli on ensisijainen vaihtoehto veritiekse silloin, kun potilaalta voidaan löytää käyttökelpoinen, pinnallinen laskimo joka voidaan yhdistää valtimoon. (Katso liitteestä 4. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasohje ”Dialyysifisteli ja dialyysigrafti” 2013.)

2.4.1 Fistelikäden käyttö ja hoito

Operaation jälkeen leikkaushaavaa ja sen ympäristöä tulee tarkkailla ja hoitaa ohjeiden mukaisesti. Haava-aluetta tulee puhdistaa säännöllisesti ja se on pidettävä kuivana. Myös haavateipin käyttö leikkausalueella on suositeltava niin kauan kunnes vuoto tai erityis haavalta on kokonaan loppunut. Tämä teippi tulee vaihtaa päivittäin ja puhdistus tehdään teipinvaihdon yhteydessä. Suihkuun menoa tai leikkausalueen kostuttamista ei suositella ensimmäiseen vuorokauden leikkauksesta. Uiminen, saunominen ja kylpeminen ovat suositeltavaa vasta kun ompeleiden poistosta on kulunut vuorokausi, ompeleet poistetaan normaalisti 7-10 vuorokauden kuluttua operaatiosta. Fistelikättä saa käyttää toimenpiteen jälkeen normaalisti, mutta ylimääristä rasitusta, kuten raskaita nostoja, tulisi välttää ensimmäisen kolmen viikon ajan. Päivittäiseen hoitoon kuuluu fistelin toiminnan seuraaminen ja ja tunnusteleminen. Helpoin tapa seurata fistelin toimintaa on tunnustella ja kuulostella sen toimintaa. Verivirtaus fistelissä aiheuttaa pientä värinää ja sirinää. Tämä värinä ja sirinä on nimitetty svirriksi. Tämän voimakkuus vaihtelee päivästä riippuen, mutta mikäli se lakkaa, on asiasta otettava yhteyttä omaan hoitavaan dialyysiyksikköön. Turvotus tai kipu fistelikädessä on myös merkkejä kompli-

kaatiosta ja näissä tilanteissa tulee ottaa välittömästi yhteyttä dialyysiyksikköön. (Katso liitteestä 4. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasohje ”Dialyysifisteli ja dialyysigraf-ti” 2013.)

Fistelkädessä esiintyvistä oireista tai ihomuutoksista on otettava välittömästi yhteyttä hoita-vaan yksikköön. Tarkasteltavia oireita on muunmuassa svirrin katoaminen, eli tilanne jossa et tunne etkä kuule fistelin toimintaa. Muita oireita ovat käden tai koko käsivarren turpoaminen, punoitus ja/tai kipu. Myös ihon punoitus ja arkuus on merkki mahdollisesta komplikaatiosta. Fistelkäden sormien puutuneisuus, kipu tai viileys ja tilanne, jossa dialyysihoidon jälkeinen verenvuoto fistelistä ei lakkaa, on peruste ottaa yhteyttä hoitavaan dialyysiyksikköön. (Henkilökohtainen tiedonanto 30.9.2014.)

Potilaan tulee pitää hyvää huolta fistelkäden ihosta. On ensisijaisen tärkeää rasvata ja hoitaa käden ihoa, ettei se pääse kuivumaan. Päivittäiseen rasvaamiseen kelpaa mikä vain tavallinen perusvoide. Potilaan on myös hyvä huomioida, mikäli fistelikädessä esiintyy ihorikkoja, kuten naarmuja, haavaumia tai muita erilaisia ihoärsytyksiä ja -muutoksia. Nämä tulee huomioida ja hoidattaa mahdollisimman nopeasti kuntoon. Näin toimimalla komplikaatiot ja infektiot ovat ennaltaehkäistävissä. Huomionarvoista on myös se, ettei fistelkädessä suositella käytettävän mitään puristavia tai kiristäviä esineitä. Näin ollen rannekellojen, sormusten sekä rannekorujen käyttöä ei suositella fistelkädessä. Verenpaineen mittaaminen fistelkädestä on ehdottomasti kiellettyä kuten myös verinäytteiden ottaminen. Nämä aiheuttavat fistelkätehen tukkeutumisvaaran sekä vuoto- ja infektioriskin. (Katso liitteestä 4. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasohje ”Dialyysifisteli ja dialyysigraf-ti” 2013.)

Hoitohenkilökunnan lisäksi myös dialyysipotilaan omahoidolla on suuri merkitys fistelkäden aseptisessä hoidossa ja infektioiden ennaltaehkäisyssä. Ensisijaisena asiana potilaan tulee ottaa huomioon leikkaushaava, sen tarkkailuun liittyvät seikat ja itse hoito. Kokonaisvaltaisesta hygieniasta ja ihon kunnosta huolehtiminen on loppuviimein dialyysipotilaan vastuulla ja hyvä ohjeistus tätä varten on tärkeää, jotta mahdollisimman hyvin toimiva ja pitkäikäinen veritie olisi taattu. Opinnäytetyö ja potilasohjauvideo paneutuu tähän aihepiiriin lisäten potilaiden tietämystä omahoidon tärkeydestä. (Henkilökohtainen tiedonanto 30.9.2014.)

2.4.2 Ihonhoito

Ihon kuivuminen ja kutina ovat tyypillisiä munuaisten vajaatoiminnan oireita ja ihonhoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota. Ihon kuivuessa kutinakin lisääntyy ja jo ennestään ohentunut sekä kuiva iho on herkkä vaurioitumaan. Rikkoutuneena iho ei enää suojaa elimistöä infektioilta ja on näin ollen hyvin herkkä tulehduksille. Lääkitys ja erilaiset kosteusvoiteet ovat yksi keino hoitaa kuivaa ihoa. Hyvä ihonhoito ja ihon kosteana pitäminen vähentää itses-

sään kutinaa ja sen syntymistä. Ihoa tulee rasvata säännöllisesti. Fistelikättä suositellaan rasvattavan vähintään kaksi kertaa päivässä. Kokonaisvaltaisen ihon rasvaamisen suositellaan otettavan tavaksi jokaisen pesun jälkeen. Tällöin iho on puhdas ja kosteus sitoutuu paremmin ihon pintaan. Pesuaineiden, rasvojen ja muiden ihonhoitotuotteiden kanssa dialyysipotilaan kannattaa kääntyä omahoitajansa tai hoitavan yksikön puoleen, joka varmasti kertoo potilaalle yksilöllisesti parhaimman tuotteen tai tuotesarjan. (Munuais- ja maksaliitto 2010.)

Ihohoitoon kuuluu kosteusvoiteiden ja lääkkeiden lisäksi säännöllinen peseytyminen. Suihkussa käytettävistä pesuaineista dialyysipotilaille suositellaan hajusteettomia ja mietoja aineita. Pesuaineiden lisäksi on olemassa pesuvoiteita, jotka ovat ystävällisiä herkälle iholle. Myös veden lämpötilaan kannattaa kiinnittää huomiota: kuumaa suihkua paremmin toimii haaleampi vesi, joka rauhoittaa ärsyyntyneitä ihoa. (Baxter. 2008, Ihohoito.) Valohoito on yksi mahdollisuus helpottaa ihon kutinaherkkyyttä. Kuivan ihon taustalla on usein veren korkea fosforipitoisuus ja tästä aiheutunutta kutinaa hoidetaan mm. valohoidolla. Valohoito on Allergia- ja astmaliiton suosittelema hoitomenetelmä ihoon liittyvissä pitkittyneissä ongelmissa tai vaivoissa. (Munuais- ja maksaliitto 2010.)

2.4.3 Hammashuolto

Hampaiden huollosta ja suuhygienian hoidosta tulisi jokaisen huolehtia, mutta erityisen tärkeää se on dialyysipotilaiden kohdalla. Munuaissairauksiin, varsinkin munuaisten vajaatoimintaan, liittyy usein paljon muutoksia jotka kohdistuvat eritoten suun limakalvojen kuivumiseen. Tällöin seurauksena voi olla ien- tai limakalvojen tulehduksia ja syljen erityksen alentuessa myös hampaiden reikiintymisen riski kasvaa. Infektio suussa heikentää yhtälailla yleiskuntoa kun missä tahansa muualla kehossa oleva infektio ja voi johtaa yleistulehduksen eli sepsiksen (verenmyrkytys) koko kehossa päästessään suusta verenkiertoon. (Munuais- ja maksaliitto 2010.)

Vatsakalvontulehduksen riski kasvaa, mikäli suun alueella ilmenee tulehduksia. Dialyysipotilaalla voi esiintyä munuaistautiin liittyvää oksentelua. Tämä oksentelu saattaa kuluttaa hampaita ja aiheuttaa haavaumia suun limakalvoilla. Tämän vuoksi suositellaankin, että oksentamisen jälkeen suu tulisi huuhdella vedellä hampaiden harjaamisen sijaan. Hampaiden harjaaminen tässä tilanteessa voi kuluttaa hampaiden pintaa ja näin ollen edesauttaa infektioiden syntyä. Suun ja hampaiden terveys tulee dialyysipotilaiden hoitaa kuntoon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ennen hoitojen aloittamista. Tulehduspesäkkeet tulee poistaa ja joissakin tapauksissa hammashoitojen yhteyksissä käytetään antibioottihoitoa ennaltaehkäisemään vakavia tulehduksia suun alueella. Kaikki suuhun liittyvät hoitotoimenpiteet tarvitsevat erityissuunnittelua dialyysihoidon alettua. Hammashoidossa ja sen suunnittelussa tulee ottaa huomioon dialyysihoidon lisäämä vuototaipumus ja siksi suositellaankin että hammashoidot ajoitetaan dialyysihoidon välipäiville. (Munuais- ja maksaliitto 2010.)

Vähentynyt syljentuotanto voi vaikuttaa dialyysipotilaan ruokahuuun. Syljen tuotannon vähentyessä pureskelusta tulee vaikeampaa ja ruoan makukin muuttuu. Tällöin myös syöminen voi vähentyä ruokahalun heikentyessä. Näin tapahtuessa dialyysipotilas voi esimerkiksi syödä tabletteja, jotka lisäävät syljen eristystä. Näitä tabletteja on saatavilla apteekista ilman reseptiä. Ksylimolipurukumin käyttö lisää syljen tuotantoa, joten purukumi on yksi vaihtoehto tähän ongelmaan. Ruokaöljyllä voi sivellä suuta ja hammastahnana voi käyttää fluoripitoista tahnaa ennaltaehkäistäkseen reikiintymistä. (Baxter 2008.)

2.5 Aseptiikka

Termillä aseptiikka tarkoitetaan toimia ja tapoja työskennellä päästämättä mikrobeja steriilille materiaalille ja estää eri infektioriskit (Iivanainen & Syväoja 2008, 214-215). Sairaanhoidajien omalla toiminnalla ja aseptiikasta huolehtimisella on suuri merkitys infektioiden torjumisessa. Mikrobien tapa levitä kosketustartunnassa on peräisin yleensä suoraan henkilökunnalta tai vaihtoehtoisesti jonkun instrumentin tai esineen kautta. (Kilpiö 2013.)

Potilasturvallisuuden puolesta aseptinen työote on ensisijaisen tärkeää, sillä jokaisella potilaalla on oikeus puhtaaseen ja turvalliseen hoitoon, joka on tehty oikeaoppisesti ja ammattitaitoisesti. Sairaanhoidajan vastuulla on toteuttaa hotiotoimenpide potilaan turvallisuutta heikentämättä ja toimia oman aseptisen omantunnon vaatimalla tavalla. (Iivanainen & Syväoja 2008, 214 -215.)

Käsihygienian on ensisijainen asia aseptisessä työskentelyssä. Sairaalahygienian jolla kolmanneksen olisi täysin estettävissä asianmukaisella käsihygieniasta huolehtimisella. Erityisesti sairaanhoidajan ja muun hoitohenkilökunnan on huolehdittava virheettömästä käsihygieniastaan, sillä suurimmaksi osaksi potilaskontaktit ja näin ollen myös infektioreitit tapahtuvat hoitohenkilökunnan käsien kautta. Myös potilashuoneesta toiseen liikkuvat instrumentit, hoitovälineet tai esimerkiksi teippirulla voidaan lukea infektioriskiksi. (Ahonen ym. 2012, 70-71.)

Käsihygienian lisäksi myös potilaan puhtaudesta huolehtiminen ja yleisesti ottaen hyvä perushoito on osa sairaalahygienian ehkäisyä ja näin ollen osa aseptista työskentelyä. Tähän kuuluu niin niiden potilaiden eristäminen, jotka kantavat jotakin tarttuvaa sairautta kuin hyvä ja asianmukainen haavanhoito. Dialyysipotilaan on hyvä tietää asianmukainen ja oikeaoppinen haavanhoito, sillä dialyysineulan jäljiltä heillä on automaattisesti yksi tai kaksi infektioporttia. Näiden neulanpistokohtien hoito on ensisijaisen tärkeää ehkäistäkseen infektioiden syntyä. Aseptisesti työskenteltäessä tulee tämän lisäksi erityisesti ottaa huomioon potilaat, joiden sairastumisen riski on suurempi joko käynnissä olevien hoitojen tai lääkityksen takia.

Näitä potilasesimerkkejä ovat muun muassa autoimmuunisairautta sairastava tai syöpähoidoissa käyvä potilas. (Ahonen ym. 2012, 70-71.)

Aseptiikasta dialyysihoidon aikana ja aseptisesta työskentelystä on tehty lukuisia tutkimuksia ja opinnäytetöitä jo vuosien ajan. Kuolleisuus ja osastopaikoilla hoidettavien dialyysipotilaiden määrä on ollut jatkuvasti kasvussa maailmanlaajuisesti. Tutkijat Edwina Vale, Pamela Lopez-Vargas ja Kevan Polkinghorne lähtivät selvittämään syytä tähän, sillä suurimmaksi osaksi syy dialyysipotilaiden huonokuntoisuuteen ja kuolleisuuteen ovat pahat infektiot. Näitä infektioita ovat muunmuassa MRSA, ESBL ja VRE. Tutkimuksessa mietittiin mitkä tekijät vaikuttavat infektioiden syntyyn ja kuinka niitä voisi ehkäistä. Dialyysipotilailla infektioriskit ovat korostuneet, sillä neulanpistot ovat lähes jokapäiväinen toimenpide. Neulan lävistäessä iho on potilaalle luotu infektioportti, jolloin on olemassa riski että pistokohdan kautta bakteeri pääsee potilaan elimistöön. Tutkijat huomasivat selvän eron kahden potilasryhmän välillä, jossa toinen ryhmä piti hyvin huolta omasta hygieniastaan ja toinen ryhmä taas ei. Hyvin omasta hygieniastaan huolehtinut ryhmä ennaltaehkäisi infektioiden syntyä pelkällä omalla toiminnallaan. Tutkijat tulivat tulokseen, että omasta hygieniasta huolehtimalla potilas ennaltaehkäisee infektioita paremmin ja sillä on suurempi vaikutus lopputulokseen kuin esimerkiksi pistokohdan alkoholilapulla pyyhkimisellä. (Vale, Lopez-Vargas, & Polkinghorne. 2011.)

2.6 Potilasohjaus

Potilasohjauksessa on jokainen potilas otettava vastaan yksilönä ja tilanteen vakavuus hänelle otettava huomioon jo vastaanottotilanteessa. Laadukas potilasohjaus on ohjeistusta, minkä potilas kykenee sisäistämään ja mikä vastaa hänelle syntyviin kysymyksiin mahdollisimman kattavasti jättämättä potilasta yksin sairautensa kanssa. Laadukas potilasohjaus on hoitajan ja potilaan välillä käytävää henkilökohtaista ja yksilöllistä ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 5, 47-49.)

Hoitotyössä ohjaaminen on suuri ammatillisuuden osa-alue kun sairaanhoitaja toteuttaa käytännön hoitotyötä asiakkaan kanssa. Ohjaaminen on sairaanhoitajan tehtävä ja se tulee toteuttaa suunniteltuna ja harkittuna kokonaisuutena ennen potilaalle tehtävää toimenpidettä tai kotiutusta. Kyseessä voi olla esimerkiksi ohjeistus kotona tapahtuvaa itsehoitoa varten, joka tulisi aina antaa potilaalle sekä suullisena että kirjallisena ohjeistuksena. Hyvän ohjauksen tuloksena potilas tunnistaa omat voimavaransa ja hän haluaa hoitaa itseään mahdollisuuksien sallimissa rajoissa niin hyvin kuin on mahdollista. Potilaan tulee saada myös kannustusta ja tukea vastuun ottamiseen omasta sairaudesta tai tilasta sekä tarvittavat avut kotona tapahtuvaan omahoitoon. (Kyngäs ym. 2007, 5, 47-49.)

Onnistunut potilasohjaus on mahdollista ainoastaan sairaanhoitajan ja potilaan sitoutuneella ja tiiviillä yhteistyöllä. Sairaanhoitajan vastuulla on ymmärtää potilaan taustatiedot ja lähtöasetelma. Onnistuneessa potilasohjauksessa sekä asiakas että hoitaja keskustelevat aiheesta ymmärtäen toisen lähtökohdan sekä mielipiteet ja hyväksymällä mahdolliset näkemyserot. Näkemyseroja voi syntyä eri taustatekijöiden vaikutuksen kautta. On ensisijaisen tärkeää ottaa huomioon potilaan kysymykset, toiveet ja henkilökohtaiset tavoitteet sekä keskustella niistä yhdessä. Hoitajan ja potilaan tavoitteen ollessa sama myös potilasohjaus onnistuu parhaiten ja potilaan yksilöllinen ohjaaminen mahdollistuu. Aiemmin mainittujen asioiden lisäksi yksi laadukkaan potilasohjauksen tärkeimmistä elementeistä on rohkaiseminen ja motivointi. Ihmisen terveys on hyvin yksityinen asia ja sen haavoittuessa myös ihminen on haavoittuvainen ja tarvitsee kannustusta sekä lisätukea hoitotyön ammattilaisilta. Tämä tekee sairaanhoidajasta tärkeän tukipilarin ohjaukseen liittyvissä kysymyksissä ja keskusteluissa. (Kyngäs ym. 2007, 5, 47-49.)

Sähköisessä potilasohjauksessa kyse on materiaalista, joka auttaa potilasta ymmärtämään sairautensa hoidon kulun, sen mahdollisuudet sekä riskit sairauteen liittyn. Tämän lisäksi laadukas sähköinen potilasohjaus mahdollistaa potilaalle laajemman ymmäryksen sairauden kulusta, toimintavoista ja syy-seuraussuhteista ite sairauteen ja sen eri vaiheisiin liittyen. Materiaalin sähköisessä potilasohjauksessa tulisi olla potilaan saatavilla aina, kun hän itse sitä tarvitsee tai kokee tarvitsevänsä sekä saatavilla sellaisessa muodossa, jonka hän voi katsoa omalla ajallaan ja esimerkiksi kotona. (Heikkinen 2011.)

Sähköinen potilasohjaus voidaan käsittää internetissä olevalla videolla, mahdollisesti potilaalle annettavana dvd:nä tai ulkoisella kovalevyllä kuten muistitikulla. Termi sähköinen tarkoittaa tässä yhteydessä materiaalin muotoa, eli materiaali on luettavissa/katsottavissa tietokoneen, television tai muun multimedialähettimen kautta. Sähköisen potilasohjauksen kehittäminen sekä uuden materiaalin luominen on tavan tai tiedon juurruttamisen kannalta tärkeää, jotta kohderyhmä saisi suurimman mahdollisen hyödyn tuotetusta tiedosta. On ensisijaisen tärkeää ottaa huomioon potilaan taustatiedot asiaa koskien, mitä hänen tuisi ja olisi tärkeää tietää sekä kuinka uusi asia helpoiten omaksutaan käytäntöön. Tämän takia ytimekäs ja ajan tasainen tieto ohjauksessa ja sen helppo saatavuus myös kotona on tärkeää. Materiaalin oltava potilaan ulottuvilla myös kotioloissa. (Kyngäs ym. 2007, 47.)

Sähköinen potilasohjaus mahdollistaa ajasta ja paikasta riippumattoman mahdollisuuden tustua omaa sairautta koskevaan informaatioon ja potilas pystytään osallistumaan oman sairautensa hoitoon tätä kautta tietoa saamalla tai ohjeistuksia opettelemalla. Onnistunut sähköinen potilasohjaus myös palkitsee niin hoitajan kun potilaan, sillä potilaan voimavarat voidaan katsoa kasvaneeksi tiedon lisääntyessä oman sairauden hoitoa koskien. Taloudellista kannalta katsottuna sähköinen potilasohjaus on edullista, sillä nykyään yhä useammasta koti-

taloudesta löytyy multimediatekniikkaa ja useassa sairaalassakin on ilmainen wifi-yhteys tai tietokone käytettävissä, joiden kautta sähköiset potilasohjauskokonaisuudet ovat käytettävissä kaikille dialyysipotilaille. Aina sähköistä potilasohjausta toteutettaessa ei tarvita edes internetiyhteyttä, vaan se voidaan katsoa vaikka muistitikulta tai muulta vastaavalta ulkoiselta muistilta. Riittävä ohjeistus sähköistä potilasohjausta koskien riittää tuomaan tiedon lähelle potilasta. (Heikkinen 2011.)

2.7 Potilaiden sitoutuminen sairautensa hoitoon

Eeva-Liisa Alasjärven opinnäytetyö vuodelta 2012 toimii tämän opinnäytetyön perustana. Hänen opinnäytetyönsä pääaiheena oli sähköisen potilasohjausvideon alustava käsikirjoitus ja painopisteenä potilaan oma aseptinen toiminta dialyysiyksikössä. Tässä opinnäytetyössä selvitettiin myös potilaiden tapa kuluttaa aikaa dialyysihoidon aikana ja heidän tietämys ja saatu ohjeistus dialyysihoidosta ja fistelin käsittelystä tähän mennessä.

Alasjärvi (2012) toi ilmi, että potilaiden tietämys fistelin aseptisestä käsittelystä ja toiminnasta oli täysin riippuvainen heidän henkilökohtaisesta hoitoon sitoutumisestaan. Potilaan oma osallistuminen hoidon eri vaiheissa ratkaisi paljon ja myös oma suhtautuminen sairautensa kulkuun sekä ennusteeseen olivat ratkaisevia tekijöitä asenteeseen dialyysihoitojen suhteen. Potilailla oli tietämys aseptiikan merkityksestä kokonaishoidossa ja jokaisella oli jo käytännön kokemusta aseptisestä hoidosta itse dialyysiyksikössä. Käytännön toimenpiteisiin liittyvät seikat eivät kuitenkaan haastattelussa nousseet selkeästi esiin, vaikka dialyysihoito onkin iso osa potilaan arkea.

Tähän edeltäneen opinnäytetyön haastatteluun osallistui 8 potilasta. Yksi kysymys käsittelee heidän tuntemustaan jo saadusta AV-fistelin hoidon ohjeistuksesta. Haastatteluun osallistuneista 80 % oli sitä mieltä, ettei ohjausta oltu varsinaisesti toteutettu tai etteivät he enään muista ohjauksen sisältöä. Ainoastaan 5 % tunsi saaneensa ohjausta liikaa ja että paljon asiaa pienessä ajassa kuultuna oli huonosti omaksuttavissa. Loput vastaajaryhmästä tunsi ohjeistuksen olevan riittävää ja että ohjeistuksen avulla potilas osaisi toimia aseptisesti sekä kotona että hoidon aikana sairaalassa.

Multimediatekniikan käyttö on vanhemmalle ja monisairaalle ihmiselle haastavaa ja suurin osa heistä ei käytä multimediatekniikkaa tai internetiä arkielämässään. Alasjärven opinnäytetyössä käsiteltiin ajan kulumista ja sen käyttämistä dialyysihoidon aikana ja kuinka potilaan sen kuluttavat. 63 % Vastaajista käytti aikansa katsoen elokuvia tai televisiota hoidon ajan. 11 % Vastaajista koki, että saa ajan kulumaan ilman minkäänlaista sähköistä viestintää. 13 % Potilasta koki radion kuuntelun tai internetin käyttämisen sopivana ajanvietto tapana ja loput 13% luki lehtiä tai kirjoja. Alasjärven (2012) opinnäytetyön tuloksena kuitenkin nähtiin multi-

mediaviestin ja sähköinen potilasohjaus mahdollisuutena eikä sitä koettu uhkana tulevaisuuden potilanhjauksessa. 50 % Vastaajista koki tosin että jo tällä hetkellä sähköinen potilasohjaus toteutuu tällä hetkellä osittain jo ilman videotakin, sillä oma tiedonhaku sairauteen liittyen internetistä on lisääntynyt paljon.

3 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin tammikuussa 2013 Laurea-ammattikorkeakoulun järjestämässä rekry-tilaisuudessa. Tämän jälkeen tapasimme ohjaavan lehtorin sekä yhteistyötahon opinnäytetyön yhteistyösairaalan dialyysiyksiköstä. Tapaamisen yhteydessä teimme alustavat kartoitukset tulevasta aikataulusta ja kartoitettiin ajankohdat kullekin osuudelle. Tässä vaiheessa huomioon otettiin muunmuassa opiskelijavaihto Fär-saarille, jonne kumpikin opinnäytetyön tekijä oli lähdössä samanaikaisesti työharjoitteluun koulun järjestämänä.

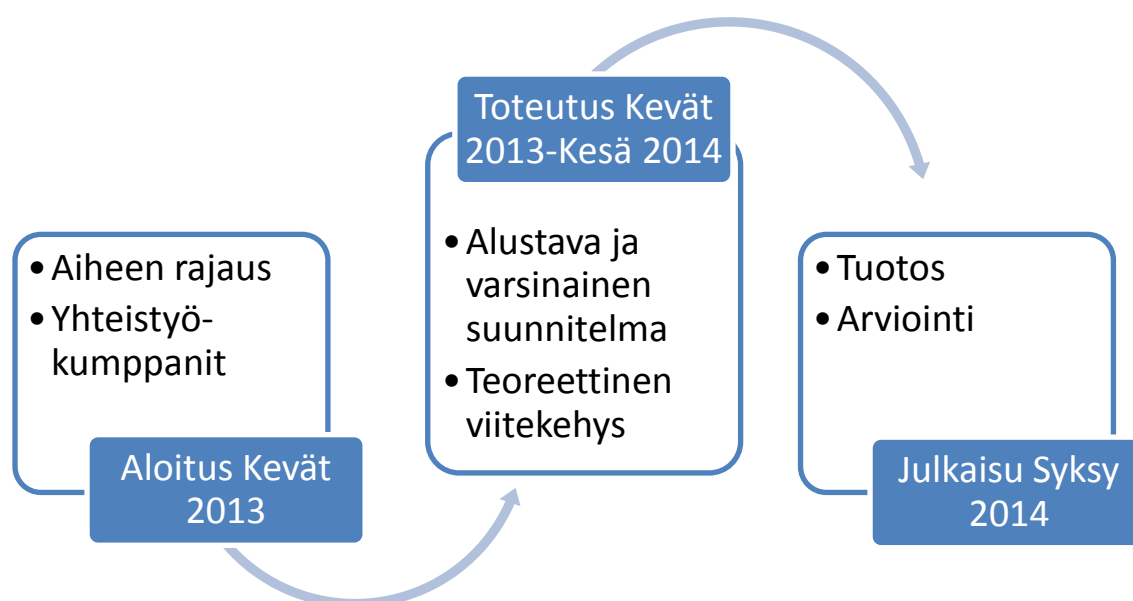
Aikaisemmassa luvussa esitellyn edeltäneen opinnäytetyön tuloksia käytettiin tämän opinnäytetyön eteenpäin viemiseksi. Alasjärvi (2012) haastatteli ja keräsi tietoa potilailta, joten projekti jatkui keräämällä tietoa hoitohenkilökunnalta ja videoinnin ammattilaisilta, jotta käsikirjoitukseen saataisiin kaikki tarvittava. Edeltäneen opinnäytetyön ansiosta tiedossa oli valmiiksi miten potilaat kokivat sähköisen potilasohjauksen ja mitä mahdollisuuksia siinä näkivät. Tietoperustan lisäksi käsikirjoitusta varten kerättiin nyt kartoitusta potilasohjausvideon sisällölle, jotta mahdollisimman hyvin palveleva käsikirjoitus pystyttiin toteuttamaan.

Kevät-syky 2013 käsitti kokonaisuudessaan opinnäytetyön teoriapohjan työstämistä, käsikirjoituksen suunnittelua sekä yhteistyötahon hankkimista työharjoittelun lomassa Fär-saarilla. Olimme Fär-saarten keskussairaalan dialyysiyksikössä tutustumassa heidän toimintaansa sekä kartoittamassa heidän mielenkiintoaan osallistua hankkeeseen. Samalla pystyimme tekemään vertailuja Suomen ja Fär-saarten toimintamallien välillä. Fär-saarten keskussairaalan dialyysiyksikkö oli erittäin kiinnostunut yhteistyöstä hankkeen parissa ja yhteystiedot toimitettiin yhteistyössä toimineen sairaalan dialyysiyksikön osastonhoitajalle. Tarkoituksena oli että osastonhoitaja olisi yhteydessä Fär-saarten dialyysiyksikköön hankkeen puitteissa. Fär-saarten keskussairaalan dialyysikkö oli kooltaan hyvin pieni ja informaatiota sairaudesta sekä ohjeistuksia dialyysihoitoihin liittyen oli saatavilla heille erittäin vähän ja olivat hyvin kalliita, eikä pienellä yksiköllä ollut resursseja niitä hankkia tarvittavaa määrää.

Käsikirjoitus koostettiin Eeva-Liisa Alasjärven (2012) aiemman aiheeseen liittyneen opinnäytetyön tulosten pohjalta ja sitä lähdettiin kehittämään potilaslähtöiseksi kokonaisuudeksi. Katso liite 2 "Käsikirjoitus potilasohjausvideolle". Dialyysiyksikön osaston henkilökunta valittiin arvioivaksi osapuoleksi siitä syystä, että heillä oli ajankohtainen tieto mitä tietoa potilaat tarvitsevat ja missä määrin ohjeistusta heille tällä hetkellä annetaan ja ohjeistavan materiaalin

tämän hetkinen muoto. Käsikirjoituksen tarkoitus ei ole olla ensimmäinen ohjeistus dialyysihoidot aloittavalle potilaalle ja hän saakin jo paljon materiaalia ja sekä suullista että kirjallista ohjeistusta ennen potilasohjausvideon näkemistä. Videosta pyrittiin luomaan kokonaisuus, jossa kaikki olennaiset seikat olisivat kompaktissa paketissa saatavilla ja että käsikirjoitus käsittelisi hemodialyysipotilaan vuorokautta hyvin käytännöllisellä ja potilasläheisellä tavalla. Tulevaan potilasohjausvideoon projektin tekijät toivovat luotavan positiivisen tunnelman ja ajatuksen siitä, etteivät dialyysihoidot ole koko elämä vaan ainoastaan yksi osa sitä.

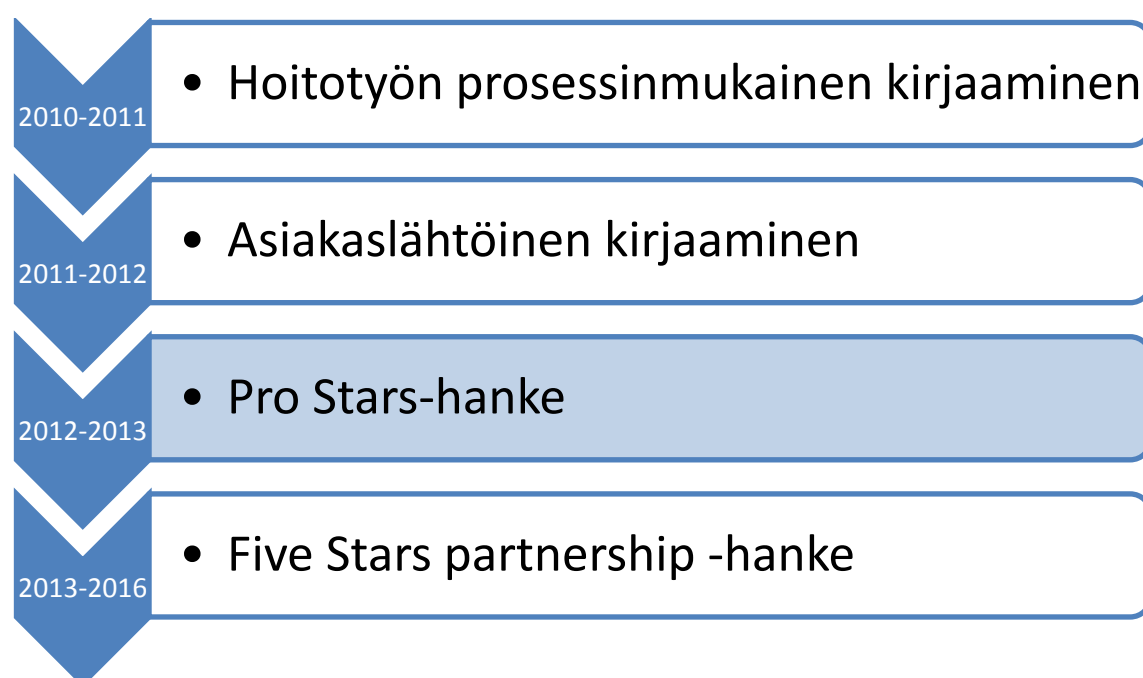
Loppukeväästä 2014 potilasohjausvideon käsikirjoitus oli valmiina ja sitä koskien luotiin kysely. Katso liite 3 "kyselylomake". Kyselyä muokattiin hyvinkin yksinkertaiseen muotoon ja viimeistelty käsikirjoitus sekä kyselylomake jätettiin arvioitavaksi projektissa yhteistyötahona toimineelle dialyysiosastolle loppukesästä 2014. Valitettavasti kahden kuukauden arviointi ajan päätyttyä yhtään kyselylomaketta ei ollut täytetty. Vaihtoehtoisena arviointimenetelmänä ja tiedonkeruumenetelmänä keräsimme arvioinnit ja kehitysehdotukset arviointitilaisuudessa 30.9.2014 yhteistyösairaalalla. Henkilökunnalle kirjoitettiin saatekirje. Katso liite 1 "saatekirje". Tämän saatekirjeen tarkoituksena oli avata projektin taustaa, tavoitetta ja tarkoitusta. Henkilökunnan antaman palautteen lisäksi käsikirjoitus arvioituttiin elokuvaohjaajalla ja häneltä saimme mielipiteen käsikirjoituksen käytettävyydestä täysin hoitotyöstä tietämättömän näkökulmasta. Elokuvaohjaaja ei käyttänyt arvioinnissa kyselylomaketta vaan palautti arvioinnin sähköpostin kautta vapaamuotoisena arviointina. Tuotoksena tällä opinnäytetyöllä on käsikirjoitus potilasohjausvideolle joka käsittelee AV-fistelin aseptista käsittelyä ja hoitoa. Katso liite 2 "käsikirjoitus potilasohjausvideolle". Seuraavana on nähtävillä kaavio, joka kuvaa tässä esiteltyä opinnäytetyöprojektin etenemistä.



Kuvio 1: Projektin aikataulu

3.1 Yhteistyökumppanit ja Five Stars partnership -hanke

Opinnäytetyö on osa kansainvälistä Five Stars partnersip -hanketta. Varsinainen projektin päähanke on Pro Stars, joka edelsi tätä kansainvälistä Five Stars partnership -hanketta. Vaikka hankkeen nimi on nyt muuttunut, pidetään päähankkeena Pro Stars -hanketta, sillä opinnäytetyö aloitettiin kyseisen hankkeen aikana. Kansainvälisen Five Stars partnership -hankkeen tavoitteena on parantaa sähköistä potilasohjausta kansainvälisellä tasolla. Hankkeen ideana on osahankkeiden tulosten hyödyntäminen, joka jatkuu aina seuraavassa hankkeessa. Näin ollen ne muodostavat laajan kokonaisuuden. Ennen Five Stars partnership -hanketta käynnissä oli opinnäytetyön päähanke Pro Stars ja tämän hankkeen valmistelevia osoita olivat aikasempina vuosina toteutetut hankkeen nimeltään asiakaslähtöinen kirjaaminen (2011-2012) ja hoitotyön prosessinmukainen kirjaaminen (2010-2011). Näistä kokonaisuuksista muodostunut Five Stars partnership -hanke on käynnissä vuosien 2013 - 2016 ajan. Yhteistyötahoja tällä kansainvälisellä hankkeella on muunmuassa erään Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaanhoitoalueen synnytys- ja naistentautienosasto 2, dialyysiyksikkö, kirurginen vuodeosasto 3 sekä psykiatrian kuntoutuspoliklinikat. Ulkomaalaisia yhteistyötahoja hankkeella on Tanskassa sijaitsevien Lillebaeltin ja Koldingin sairaalan yksiköt ja näiden lisäksi yhteistyötaho on löytynyt myös Latviasta. Ammattikorkeakouluista hankkeessa mukana ovat Laurea, Arcada ja Lillebaelt. (Pro Stars ohjausryhmä. 2012.) Seuraavana on nähtävänä kaavio, joka kuvaa tässä esiteltyä Five Stars partnership -hankkeen etenemistä osahankkeineen.



Kuvio 2: Sähköisen kirjaamisen hankkeiden eteneminen

3.2 Yhteistyösairaala

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä ennalta sovitun dialyysiyksikön kanssa, jonka kanssa ai-
hetta edeltänyt ja pohjustanut Alasjärven (2012) opinnäytetyö aiheen parista toteutettiin.
Alueella toimivat sairaalat ovat osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä (HUS) ja nii-
den toimialueet kattavat seitsemän eri lähialueen asukkaat. (HUS 2012c.)

Yhteistyösairaalan dialyysiosastolla hoidetaan potilaita kahdessa ryhmässä; aamu- ja ilta-
dialyysissä. Potilas, jonka hoito aloitetaan aamusta, tulee osastolle viimeistään puoli yhdek-
sältä aamulla. Osastolla ollessaan hän syö aamupalan sekä lounaan. Aamuvuoroon saapuva
dialyysipotilas saa myös välipalan puoli kymmeneltä aamupäivällä. Iltavuoroon puolestaan
saavutaan viimeistään kolmelta iltapäivällä ja dialyysiyksikössä päivällinen tarjotaan kello
16.30. Hoitaja täyttää kunkin potilaan kohdalla Hemodialyysipotilas vuodeosastolla - kaavak-
keen. Katso liite 5 "Hemodialyysipotilas vuodeosastolla". Tähän kaavakkeeseen merkitään Fis-
telin, tai vaihtoehtoisesti katetrin, sijainti ja hoitopäivät sekä hoidon aloitus ajankohta. Lo-
makkeen alaosassa on muuta huomioitavaa-osio, johon voidaan kirjoittaa mahdolliset yksilö-
kohtaiset huomiot potilaasta. Lomakkeesta löytyvät myös tarvittavat tiedot fistelikäden hoi-
dosta, hygieniasta sekä lääkityksestä ja hemodialyysipotilaan ruokavaliosta. Ruokavalio-
kohtaan on myös jätetty kohta, johon voidaan merkitä potilaan henkilökohtainen nesterajoi-
tus. Tämä lomake on itsessään toimiva muistio sekä hoitajalle että potilaalle, joka yhdessä
aloitus- ja lopetusvälinelomakkeen kanssa kattaa kaiken tarvittavan tiedon dialyysihoidon
aloittamista ja lopettamista varten. (Yhteistyösairaalan dialyysiyksikkö, henkilökohtainen tie-
donanto 20.4.2014.)

HUS:n alue kattaa kokonaisuudessaan 21 sairaalaa ja näiden lisäksi palvelua alueella saa myös
Auroran ja Herttoniemen sairaaloissa. Kaikilla sairaaloilla on erikoisalansa ja ne vaihtelevat
sairaalakohtaisesti. Tämän opinnäytetyön kanssa toimineen yhteistyösairaalan erikoisaloiksi
on lueteltu ihotaudit ja allergologia, keuhkosairaudet, kirurgia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit,
lasten psykiatria, lasten taudit, naistentaudit ja synnytykset, neurologia, psykiatria, silmä-
taudit ja sisätaudit, johon sisältyy myös nefrologia. (HUS 2012a.)

Opinnäytetyöprosessin aikana yhteyshenkilönä toimi yhteistyösairaalan dialyysiyksikön osas-
tonhoitaja. Hänen lisäksi opinnäytetyötä ohjasiva Laurea Lohjan lehtorit.

Opinnäytetyön yhteistyösairaalan dialyysiyksikkö sijaitsee sairaalan laajennusosan toisessa
kerroksessa. Yksikössä on 11 potilaspaikkaa. Yksikkö on vastuussa ensisijaisesti oman alueensa
potilaiden hoidon toteuttamisesta, mutta johtuen Meilahden sairaalan dialyysiosaston paikka-

pulasta, otetaan yksikköön vastaan muidenkin alueiden potilaita. Yhteistyössä toimineessa dialyysiyksikössä toteutetaan mahdollisuuksien mukaan myös kurssi- ja lomodialyysipotilaiden hoitoa säännöllisesti käyvien noin 30 potilaan hoidon lisäksi. (HUS 2012b.)

3.3 Työskentelytavat

Opinnäytetyön eri vaiheet käsittivät paljon erimuotoisia työskentelytapoja. Alustavan suunnitelman ja suunnitelma-vaiheen tiedonkeruun toteuttaminen oli suurimmaksi osaksi itsenäistä kummallakin tekijällä. Kummankin kerättyä tietoa eri materiaaleista sekä tutkimuksista luotiin yhdessä teoreettinen viitekehys opinnäytetyön aiheelle. Opinnäytetyötä kirjoitettiin kummankin läsnäollessa, joka teki osittain tekstin koonnista hitaampaa. Tällä tavalla työsty opinnäytetyö teki työstä luotettavan, sillä kahden henkilön koostaessa tekstiä ei yksittäisen tekijän asenteet tai mielipiteet siirry tekstiin. Tilainteissa, joissa lähityöskentely ei ollut mahdollista, projektia työstiin etäyhteydessä yleensä multimediaviestimien, pikaviestimien tai verkkopuhelinpalvelimen kautta. Tällä tavalla tiedon jako oli reaaliaikaista kummankin osapuolen kohdalla myös etätyöskenneltäessä.

Valitut työskentelytavat koettiin parhaaksi tavaksi työstää opinnäytetyötä tekijöiden kesken jo senkin takia, että näin kumpikin pystyi vaikuttamaan reaaliaikaisesti projektin etenemiseen ja opinnäytetyön sisällön luomiseen. Lähityöskentelyä suorittaessa oli myös mahdollista jakaa eri osa-alueiden tehtäviä ja lopulta koota ne yhdessä yhteen. Nyt opinnäytetyössämme näkyy kummankin tekijän panostus ja kumpikin on tietoinen jokaisen osion sisällöstä.

Toteutusvaiheessa yhteistyösairaalan dialyysiyksikössä opinnäytetyön tekijät vierailivat yhden kerran yhdessä ja erikseen kahdesti, muunmuassa palkkatyön lomassa. Osastonhoitajaan ja ohjaavaan lehtoriin yhteydessä oltiin pääosin sähköpostien kautta. Hankalimmaksi asiaksi nousivat henkilökohtaiset aikataulut työryhmän ja yhteistyökumppaneiden kesken. Arviointitilaisuuden jälkeen kuitenkin tuotos oli helppo toteuttaa annettujen kommenttien perusteella.

Käsitkirjoituksen toteutus osottautui odotettua nopeammaksi ja selvemmäksi kokonaisuudeksi kuin projektin alussa oli aavisteltu. Hyvät kommentit pienestä arviointi-tilanteesta ja ohjaavan lehtorin antamat ohjeistukset helpottivat käsitkirjoituksen työstämistä. Käsitkirjoitus lähetettiin myös elokuvaohjaajalle arvioitavaksi ja kommentoitavaksi videonin näkökulmasta.

3.4 Taustavaikuttajat

Opinnäytetyössä on hyvin vahvasti esillä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasohjeistus Fistelin hoidosta. Tämä potilasohje on valittu tietoisesti oleelliseksi osaksi opinnäytetyötä. Opinnäytetyön kohdedialyysiyksikkö toimii Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin

alaisena ja sairaanhoitopiiri toimii näin ollen yksikön ohjeistavana tahona ja sairaanhoitopiirin ohjeistuksia noudatetaan tarkasti myös kohdeyksikössä.

Dialyysiyksikössä, johon opinnäytetyö ensisijaisesti toteutettiin, ohjeistetaan potilaita tällä hetkellä sekä suullisesti että kirjallisesti. Sähköisen potilasohjauksen on tarkoitus tulla tukemaan näitä kahta toteutusmuotoa. Yksikössä on ihanteelliset mahdollisuudet potilasohjausvideon käyttöönottoon. Jokaiselta potilaspaikalta löytyy omat multimediapäätteet, joissa videota voisi katsoa esimerkiksi hoidon aikana. Potilasohjausvideo on tarkoitus tallentaa sellaiseen muotoon, että potilas voi ottaa sen mukaan kotiinsa. Näitä mahdollisuuksia ovat ulkoinen kovalevy, kuten muistitikku tai esimerkiksi DVD, johon potilasohjausvideo on tallennettu.

3.5 Projektin arviointi

Arviointitutkimusta voidaan arvioida relibiliteetin ja valideetin avulla. Toistettavuus (reliabiliteetti) kertoo, onko kysely toistettavissa samoilla tuloksilla ja valideetti kertoo puolestaan opinnäytetyön luotettavuuden. Luotettavuutta mitattaessa on otettava huomioon otanta, jonka tulisi olla harkinnanvarainen. Tämäpuolestaan edistää yleisesti työn edustavuutta. Kaikkein keskeisimpiä asioita projektin arviointia tehdessä on tutkimuksen käytäntöön saatamistapa, projektin laadullisuus ja laajuus. Laajuudella tässä yhteydessä tarkoitetaan rajaus- ja yleisnäkemyksiä siitä, minkä kokoinen projekti on kyseessä. Luotettavuutta mitattaessa tuleekin miettiä vastaako arviointi ja tulokset siihen kysymykseen, mihin haluttiin tutkimuksen kautta vastaus. (Hirsjärvi ym. 2009, 228-238.)

Karkeasti jaoteltuna termit laadullinen, toiselta termiltään kvalitatiivinen tutkimus, tarkoittavat kuvausta analyysin ja aineiston muodosta. (Eskola & Suoranta 2008, 13). Kvalitatiivisen tutkimuksen määrittely on hankalaa, sillä siitä ei ole olemassa tarkkaa täysin omaa teoriaa eikä paradikmaa, joka täyttäisi ainoastaan kvalitatiivisen tutkimuksen piirteet. Myöskään ainoastaan kvalitatiiviseen tutkimukseen sopivia menetelmiä ei ole olemassa, vaan niitä pystytään soveltamaan sekä laadulliseen että määrälliseen tutkimukseen yhtä tarkoituksenmukaisesti. (Denzin & Lincoln 2005, 1-32.)

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan laadullinen opinnäytetyö. Laadullinen tutkimusmentelmä valittiin opinnäytetyön toiminnallisen luonteen takia. Käsikirjoituksen tuottaminen potilasohjausvideota varten käsitti paljon myös laadulliselle tutkimukselle ominaisia piirteitä ja otanta ei ollut kvantitatiivisen tutkimuksen puolesta relevantti projektiin nähden. Tärkeää tietoa tuotoksen viimeistelylle toi avoin arviointitilaisuus, jossa palautteet saatiin nimettömänä ja kehitysehdotukset kirjattiin ylös selkeästi ja todenmukaisesti. Henkilökunnan arviointi käsikirjoituksen käytettävyydestä antoi hyvän perustan viimeistellä käsikirjoitus ja lisätä mahdolliset

puuteet itse käsikirjoituksesta. Dialyysiyksikön henkilökunta hoitaa päivittäin potilasohjausvideon kohderyhmää eli itse AV-fistelin omaavia potilaita ja tietävät tarkasti minkälaista tietoa potilaat kaipaavat fistelin aseptiseen käyttöön liittyen. Myös oireiden osalta saatiin tärkeää tietoa siitä, mikä olisi todenmukaisempaa ja käytännönläheisempää näyttää videossa. Nyt tuotettu potilasohjausvideon käsikirjoitus on valmis videointia varten ja toteutuessaan se edistää sähköistä potilasohjausta opinnäytetyön kohdesairaalan dialyysiyksikössä ja mahdollisesti muissa projektin piiriin kuuluvissa yksiköissä.

Kyselyn tuottamaa aineistoa käsiteltiin alusta loppuun asti eettisiä käyntänteitä noudattaen. Täytettyjä kyselylomakkeita ei kuitenkaan palautunut tekijöille, jolloin tulosten arviointi muuttui aiemmin korretun mukaan arviointitilaisuuden järjestämiseksi. Arviointitilaisuuteen osallistui tekijöiden lisäksi yksi henkilökunnan jäsen ja kolme muuta henkilökunnan jäsentä palautti edellä mainitun kyselylomakkeen. Katso liite 3 "kyselylomake". Näistä neljästä lomakkeesta kaksi oli täytetty kokonaan. Arviointitilaisuudessa annetut kehitysehdotukset kirjattiin ylös ja palautelomakkeisiin tehdyt merkinnät käytiin yksitellen läpi. Palaute kerättiin anonymisti ja näin ollen vastaajien ja arviointitilaisuuteen osallistuneen hoitajan anonymiteettia suojeltiin käytänteiden mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 193-210.)

Arviointi toteutettiin sisällönanalyysillä laadulliseen tutkimusmenetelmään viitaten. Kaavakkeessa oli mukana myös määrällisiä kysymyksiä, jotka avattiin sanallisesti analyysiä koontaessa. Hoitohenkilökunnalta palautuneet arviointilomakkeet ja elokuvaohjaajan kommentoitu käsikirjoitus kirjoitettiin sanasta sanaan auki ja avattiin tämän opinnäytetyö analyysi-osioon, joka seuraa jäljempänä työtä. Näin pystyimme kokoamaan palautteiden sisällöstä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia ja tehdä tarvittavat muutokset itse tuotokseen.

Sisällönanalyysi oli sopiva tiedonkeruumenetelmä tähän opinnäytetyöhön, sillä sitä käyttämällä voidaan tarkastella ja analysoida sekä kirjoitettua että suullista palautetta. Sisällönanalyysin tarkoituksena on tarkastella saatujen suullisten ja kirjallisten palautteiden yhteyksiä toisiinsa, merkitystä ja seurauksia unohtamatta. Sisällön analyysiä tehdessä on olennaista kirjoittaa kaikki saatu tieto sellaisenaan auki ja löytää yhteneväisyydet saaduista palautteista. Eroavaisuudet ovat yhtä tärkeitä kuin kohdat, jossa kerätystä aineistosta löydetään yhteneväisyyksiä. Sisällönanalyysillä pyritään tiivistämään saatu tieto niin, ettei sen keskeinen sisältö katoa. Analyysiä kootessa teksti pyritään selkeyttämään lukijalle positiivisemmaksi kokonaisuudeksi lukea. Tämä toteutetaan erittelemällä tulokset sekä asiayhteydet avaamalla ne laajasti ja mahdollisimman tarkasti. Tavoitteena sisällönanalyysillä on saada kuvailtua lyhyesti ja yleistävästi tutkittavaa ilmiötä. Olennaista sisällönanalyysiä tehdessä on se, että se samalla tuo tämän tutkittavan ilmiön sisäiset suhteet esille laaja-alaisesti ja kuitenkin lyhyesti kerrottuna. Analyysin tarkoituksena ei ole hävittää mitään tuotettua tietoa tai informaatiota ilmiöstä, vaan ennemminkin tuomaan myös aluksi hajanaiset ja epäselkeät kohdat esille vah-

vempina ja helpompina käsitellä. (Jahonen & Nikkonen, 2003. 21-23; Eskola & Suoranta, 2008, 137; Miles ym. 1994, 10-12.)

Opinnäytetyöhön on vaikuttanut edullisesti kahden opinnäytetyön tekijän osallistuminen projektiin ja sen jokaiseen vaiheeseen. Valitulla työskentelytavalla tuotetun opinnäytetyön luotettavuuden voidaan nähdä olevan parempi kuin yhden tekijän tekemänä. (Hirsjärvi ym. 2009, 228-238.)

3.6 Käsikirjoituksen analyysi hoitotyön näkökulmasta

Hoitotyön näkökulmasta työn arvioivat yhteistyösairaalan dialyysiyksikön henkilökunta. Käsikirjoituksessa yleisesti hyvänä asiana nähtiin se, että mahdolliset oireet hoidon aikana oli eritelty ja listattu käsikirjoitukseen. Videoinnin puolella nousi kysymys oireiden silloin esimerkiksi ylös nostetusta huimaamisesta. Hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan verenpaineen lasku on huomattavasti yleisempi oire dialyysihoidon aikana kuin huimaus. Näin ollen huimaus vaihdettiin oireiden esimerkiksi myös videolle ja käsikirjoitukseen lisättiin kuinka tässä tilanteessa toimitaan. Oireiden mukaisen hoidon lisäksi dialyysaattorista lasketaan kierroksia, esimerkiksi 350 kierroksesta 280:en kierrokseen, sillä suurimmaksi osaksi verenpaineen lasku johtuu nopeasti kuona-aineiden poistumisesta kehosta.

Oireet-kohdassa mainittu allergiset reaktiot-kohta herätti jokaisessa palautteessa kysymyksiä. Hoitohenkilökunta halusi, että tässä kohdassa tuodaan esille mitä nämä allergiset reaktiot ovat ja mistä ne johtuvat. Käsikirjoitukseen allergiset reaktiot muutettiin iho-ärsykkeiksi ja avattiin että ne johtuvat yleensä haavateipistä, emla-voiteesta tai hajusteisista kosteusvoiteista. Näissä tuotteissa on yleisesti enemmän säilöntäaineita ja voivat tämän takia aiheuttaa herkästi reaktioita.

Omahoitaja kohtaan haluttiin muutettavan termiksi hoitaja omahoitajan tilalle. Omahoitaja pyrkii selvittämään ja seuraamaan ilmentyneitä oireita tarkemmin, mutta aina potilasta lähinnä olevalle hoitajalle tulee ilmoittaa, mikäli jotain oireita ilmaantuu. Dialyysiyksikössä jokainen hoitaja hoitaa jokaista potilasta. Tämän lisäksi haluttiin tuoda esille, että ennen hoitoa hoitaja tarkistaa fistelikäden ja fistelin toiminnan, erityisesti sen että svirri tuntuu. Tämän lisäksi hyvinä lisäyksinä esille tuli pistopelko ja pistokivut. Tämä kohta haluttiin lisätä käsikirjoitukseen ja tuoda ilmi, että mikäli pistopelko tai pistokivut ovat ongelmana, voidaan niitä lievittämään käyttää puudutetta kuten emla- tai dr henning-voide.

Fisteliin pistettyjen kanyyleiden pistopaikat peitetään laastareilla hoidon lopulla. Käsikirjoituksessa oli mainittu että kahden tunnin kuluttua voi laastarit poistaa. Tähän tarkennettiin että yleisesti aika on kaksi tuntia, mutta yksilöstä riippuen vuodon lakkaaminen voi viedä use-

amman tunnin. Käsikirjoitukseen tarkennettiin että laastareiden poisto voidaan suorittaa noin kahden tunnin kuluttua, kuitenkin yksilökohtaisesti harkiten. Tilanteessa, jossa laastarit poistetaan liian aikaisessa vaiheessa voi seurauksena olla esimerkiksi verenvuoto.

Käsikirjoitukseen potilaan omaan toimintaan liittyen haluttiin lisätä, että myös käsikirjoituksessa tulisi ilmi potilaan oman osallistuminen osuus kokonaishoidossa. Haluttiin että kiinnitetään huomiota svirrin tarkastamiseen päivittäin. Potilaan tulisi tarkistaa sen toiminta joka päivä ja mikäli svirri lakkaa, käsi turpoaa tai siihen ilmaantuu kovaa kipua, hänen tulee ottaa yhteyttä sairaalaan. Alkuperäisessä käsikirjoituksessa svirristä ei mainittu juuri lainkaan, nykyisessä muodossa se on yksi käsikirjoituksen painotettavemmista kohdista.

Jaottelussa kiinnitettiin huomiota aikajanaan käsikirjoituksessa. Kehitysehdotuksena tuli että video jatkuisi hoitoa edeltäneestä iltapäivästä hoidon jälkeen kotiin lähtemiseen. Tämä toteutettiin ja käsikirjoitus jaoteltiin uudestaan. Näin saatiin myös pienet huomiot muutettua, kuten kysymykset suun hygieniasta ja limakalvojen kunnossa pidosta liittyen fistelikäden hoitoon. Uudestaan jaotellussa käsikirjoituksessa nämä kohdat siirtyivät kohtaan, jossa käsitellään kotona tapahtuvaa omahoitoa. Vanhassa käsikirjoituksessa oli kuvattu yksi vuorokausi aamusta ilaan.

Käsikirjoitukseen toivottiin myös tarkentavia arkipäivän esimerkkejä. Näitä oli muun muassa metsätöiden tekeminen, kiristävien työhanskojen pitäminen fistelkädessä tai erinäiset harrastukset kuten lentopallo. Näissä haluttiin kiinnittää huomiota fistelikäden toimintaan ja mitkä asiat ovat sille haitaksi. Hyvä esimerkkinä esille tuotiin painava kauppakassi, jota munuaisten vajaatoimintaa sairastava ja dialyysihoidossa käyvä rouva kantaa fistelikäsivarrella. Puristavat ja painavat esineet ja asiat eivät ole suositeltavia fistelkädessä ja saattavat olla haitaksi tuoreelle fistelille. Myös moottorisahan käyttö ja muu tärinä ja jatkuva rasitus fistelikädelle ei ole suositeltavaa.

Kyselykaavakkeeseen haluttiin tarkennusta laadun, ohjauksellisen tason ja sisällön suhteen. Niin, että tulevaisuudessa käsikirjoituksen lukija ja kyselyn täyttäjä ymmärtäisi paremmin mitä näillä kysymyksillä halutaan tietää. Tämä huomioitiin ja kyselylomake uudistettiin kehitysehdotusten perusteella. Aikaisemmassa versiossa ei ollut tarkentavia kysymyksiä, mutta uuteen nämä laadittiin tarkoituksenmukaisesti.

3.7 Käsikirjoituksen analyysi videoinnin näkökulmasta

Opinnäytetyön tuotoksena tuotettu käsikirjoitus lähetettiin arvioitavaksi elokuvaohjaajalle. Hän antoi kommenttinsa elokuva-alan ammattilaisena, jolla ei ole hoitotyöstä tai diayysistä

tietoa ja näin ollen pystyy arvioimaan käsikirjoitusta objektiivisesti ainoastaan videoinnin näkökulmasta. Käsikirjoitusta paranneltiin hänen antamien ehdotustensa perusteella.

Kommenteissa todettiin opinnäytetyön käsikirjoituksen antavan tilaa ohjaajalle ja videoinnille, sillä kyse ei ole elokuva-alan opinnäytetyöstä eikä näin ollen nähty tarpeelliseksi sitoa liikaa kuvausryhmän mahdollisuuksia toteuttaa itse videointi. Käsikirjoitus on kuvauksen työkalu ja kommentit osoittautuivatkin suurimmaksi osaksi täsmentämään kuvattuja tekijöitä. Elokuvaohjaaja ehdotti, että muun muassa näyttelijöiden ikä olisi hyvä määritellä kuvaajia varten, jolloin heidän olisi helpompi etsiä rooliin sopiva henkilö. Aikataulutettua käsikirjoitusta elokuvaohjaaja ei nähnyt tarpeelliseksi, sillä potilasohjausvideo olisi helpompi toteuttaa videoinnin puolelta luomalla nyt tarkasta ja ytimekkäästä käsikirjoituksesta videoinnille sopiva aikataulutettu käsikirjoitus kuvaajien puolesta toteutettuna.

Kommenteissa korostettiin tekstin olevan helposti ymmärrettävää, ytimekstä ja toteavaa, jotka ovat hyviä piirteitä käsikirjoitukselle. Tämän hetkinen käsikirjoitus esittelee hyvin kuvattavan toiminnan ja antaa sellaisenaan mahdollisuuden kirjoittaa tarkemman käsikirjoituksen tietämättä hoitotyöstä tai dialyysistä enempää sekä kuvaamaan suunnitellun potilasohjausvideon. Tuotos on hyvin informatiivinen ja elokuvaohjaaja kirjoittaa kommenteissaan, että koska opinnäytetyö on hoitoalan eikä elokuva-alan hän näkee tämän hyvänä lähtökohtana videon toteuttamiselle media-alan opiskelijoiden puolesta.

4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Projektin edetessä myös projektin tekijöiden käsitykset dialyysihoidoista ja potilaiden ohjauksen tarpeesta on kehittynyt suuresti. Sähköisen potilasohjauksen kehittäminen on tärkeä osa tulevaisuuden hoitotyön ohessa tehtävää ohjeistusta. Nyt monisairaajat ja ikääntyneet potilaat ovat haasteellisessa asemassa, sillä sähköisen potilasohjauksen toteuttaminen heille vaatisi ensisijaisesti multimediapäätteiden käytön opetusta ja ohjeistusta. Projektin tekijöiden näkökulma potilasohjausvideon hyödyntämisestä tulevaisuudessa olisi ennenkaikkea uusien hemodialyysipotilaiden kohdalla, joilla taidot ovat todennäköisemmin jo olemassa.

Alasjärven (2012) opinnäytetyön perusteella voidaan myös nähdä sähköisen potilasohjauksen olevan suuri mahdollisuus tulevaisuuden potilasohjaukselle eikä potilaatkaan koe sitä uhkana vaan raikkaana ja tervetulleena tulokkaana nykyisten ohjeistusten rinnalle. Tämän opinnäytetyön tekijöiden näkemys siitä, että potilasohjausvideot tulisivat olemaan osa potilaan ohjeistusta suullisen ja kirjallisen ohjauksen ohessa on erityisen positiivinen. Sairaaloitten tietotekniikka ja laitteet uudistuvat jatkuvasti ja samalla mahdollisuus potilasohjausvideoiden katsomiselle ja sähköiseen potilasohjaukseen yleisesti sairaalaoissa paranee. Kehittämiskohteena on kuitenkin potilaiden tietoisuuden lisääminen mahdollisuuksista ohjeistusten saantiin. Usein

hoidon alkuvaiheessa potilas saa suuren kuorman ohjeistuksia eri tahoilta sekä suullisessa että kirjallisessa muodossa, eikä kaiken tiedon sisäistäminen ole lyhyessä ajassa mahdollista. Tällöin pieniä asioita saattaa unohtua ja potilaalla olisi hyvä olla perinteisten ohjeistusten rinnalla audiovisuaalinen ohje, joka kerää kaiken tärkeimmät asiat käytännön läheisesti yhteen. Alasjärven (2012) haastatteluissa kävikin ilmi, että suuri osa potilaista tietää saaneensa ohjeistusta, mutta myöntää unohtaneensa ohjeistusten sisällön. Tämän lisäksi paperiohjeet häviävät ja rikkoutuvat herkästi ja aiemmin mainittu suullinen ohjeistus ja sen eri painopisteet unohtuvat nopeasti. Sähköisessä muodossa oleva ohjeistus, jonka saisi vaikka internetistä ladattua tarvittaessa, olisi oivallinen lisä nykyohjeistusten tueksi potilaita varten.

Projektin edetessä etenkin ohjeistusten helppo saatavuus ja käytännöllisyys ovat nousseet tärkeäksi tekiäiksi käsikirjoitusta laatiessa. Käsikirjoituksella tavoitellaan lyhyttä ja ytimekkästä potilasohjausvideota, jossa käytännön asiat nousisivat esille ja se olisi tarpeeksi lyhytkestoinen, jotta potilas jaksaisi katsoa sen keskittyneesti alusta loppuun. Projektin tekijät kokivat hyväksi potilasohjausvideon kestoksi 10 minuuttia.

Dialyysihoidoissa pyritään nykypäivänä jatkuvasti luomaan potilaille ajatusta mahdollisuudesta, että hoidon pystyy tekemään myös kotona. Maailmalla on myös paljon dialyysihoidoja, joissa potilas tulee omilla avaimilla tiettyyn yksikköön toteuttamaan hoidon ja lähtee hoitokerran jälkeen normaalisti kotiin. Tähän on vielä matkaa suomessa, mutta myös Suomessa toteutetaan kotihemodialyysijä, jossa koko hoitoprosessi tapahtuu kotiloissa. Kotona tapahtuvan hoidonkin osalta on yhtä huomattavan tärkeää, että potilas sitoutuu omahoitoonsa. Kotiloissa oma aseptiikka on erityisen tärkeää ja fistelin hoito erittäin olennainen osa hoidon kotona toteuttamisen onnistumista.

Tulevaisuudessa opinnäytetyön perusteella kuvattava potilasohjausvideo tulee toteuttaa niin että mahdolliset uudet ohjeistukset ja hoitokäytännöt on otettu sekä käsikirjoituksessa että videoinnissa huomioon. Mikäli uusia ohjeistuksia luodaan ja käytännön hoitotyössä opinnäytetyössä mainittuja osa-alueita muutetaan, tulee ne muuttaa myös käsikirjoitukseen.

Lähteet

Kirjat

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. 2008. Munuaissairaalan hoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Denzin, N.-K. & Lincoln, Y.-S. 2005. Handbook of Qualitative Research 3rd Edition. Thousand Oaks: Sage Publication.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaali Oy.

Miles, Matthew B. & Huberman, Michael A. 1994. Qualitative Data Analysis - second edition. London: Sage Publications.

Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Juntila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Duodecim.
Nurminen, M.-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOYpro Oy.

Internet-lähteet

Baxter. 2008. Pidä huolta itsestäsi. Viitattu 19.04.2014
<http://www.dialyysi.fi/doc.aspxid1192.htm>

Duodecim. 2013. Dialyysi. Viitattu 26.11.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00543&p_haku=dialyysi

Duodecim. 2014. Dialyysin veritiet. Viitattu 05.03.2014
http://www.duodecimlehti.fi/nelli.laurea.fi/web/guest/arkisto;jsessionid=281B8C0CB0F2DCF9F266518AFA179C00?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo92955

Heikkinen, K. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Viitattu 07.02.2014
<http://www.doria.fi/handle/10024/70744>

HUS. 2012a. Viitattu 28.02.2013
<http://www2.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/Sivut/default.aspx>

HUS. 2012b. Viitattu 28.02.2013
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1692,32054,16459>

HUS. 2012c. Viitattu 28.02.2013

<http://www2.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohjan-sairaala/Sivut/default.aspx>

Munuais- ja maksaliitto Ry. 2010. Munuaispotilaan opas. Viitattu 19.04.2014
http://www.musili.fi/files/458/munuaispotilaan_opas.pdf

Terveysportti. 2013. Käsihygienian infektioiden torjunnassa. Viitattu 01.03.2013
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04631&p_haku=aseptiikka

Vale, E., Lopez-Vargas, P., & Polkinghorne, K. 2011. Nursing care of arteriovenous fistula / arteriovenous graft. Johanna Briggs institute. Viitattu 20.9.2014
http://www.cari.org.au/Dialysis/dialysis%20vascular%20access/Nursing_care_of_AVF_AVG.pdf

Muut lähteet

Alasjärvi, E.-L. 2012. Dialyysipotilan aseptinen toiminta dialyysiyksikössä. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Dialyysifisteli ja dialyysigrafti. Potilasohje.

ProStars ohjausryhmä 18.01.2013. Pro Stars -hanke Lohjan sairaanhoitoalueella. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Kokonaishankesuunnitelma

Kuviot

Kuvio 1: Projektin aikataulu.....	22
Kuvio 2: Sähköisen kirjaamisen hankkeiden eteneminen.....	23

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Arvoisa sairaalan dialyysiyksikön henkilökunta

Opiskelemme Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjan yksikössä sairaanhoitajiksi. Tällä hetkellä työstimme opinnäytetyötä yksiköllenne ja tavoitteemme on opinnäytetyön osalta parantaa sähköistä potilasohjausta juuri teidän yksikössänne. Opinnäytetyö on yksi osa kansainvälistä Five Stars partnership -hanketta.

Tarkoituksena opinnäytetyössämme on työstää käsikirjoitus fistelin aseptisesta käsittelystä teidän osastollenne. Jotta saisimme käsikirjoituksesta videointi kelpoisen, tarvitsemme teidän näkemyksenne sen sisältöön ja ohjaukselliseen tasoon. Pyydämmekin teitä täyttämään oheisen kyselykaavakkeen tai saapumaan paikalle 30.9.2014 klo 14 järjestettävään arviointitilaisuuteen sairaalalle.

Osallistuminen kyselyyn tai arviointitilaisuuteen on täysin vapaaehtoista. Arviointitilaisuuden kehitysehdotukset kirjataan totuudenmukaisesti opinnäytetyöhön mitään muuttamatta tai pois jättämättä. Arviointitilaisuuden perusteella saatu palaute sekä täytetyt kyselylomakkeet käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettöminä.

Kiitos ajastanne opinnäytetyötämme varten

Esa-Pekka Koskinen

Miia Savilampi

Laurea-ammattikorkeakoulu Lohja

Hoitotyön koulutusohjelma

Liite 2. Käsikirjoitus

Käsikirjoitus

Alustus:

Dialyysi on munuaisten vajaatoiminnan aktiivista hoitoa, jossa kehossa olevasta verestä puhdistetaan kuona-aineet koneellisesti kuljettamalla veri puhdistuskoneen läpi. Dialyysihoidoissa käydään sairaalalla 3 kertaa viikossa ja yksi hoitokerta kestää 3-4 tuntia.

Opinnäytetyön tuotos on alla oleva potilasohjausvideon käsikirjoitus Fistelin hoidosta. Fisteli on keinotekoinen veritie, jossa laskimo ja valtimo on yhdistetty ja näin ollen fistelisuonessa on parempi verenvirtaus. Fisteliä käytetään dialyysihoidossa veritienä puhdistuskoneen ja potilaan välillä.

Dialyysissä fisteliin pistetään kaksi neulaa, joista menee putket dialyysiaattoriin (puhdistuskone). Näistä neuloista lähtevän toisen putken kautta kuljetetaan kehosta verta puhdistamaan dialyysiaattoriin ja toisen putken kautta taas kuljetetaan jo puhdistettu veri dialyysiaattorista takaisin kehoon.

Tämä käsikirjoitus kattaa yhden vuorokauden dialyysipotilaan arjesta, alkaen hoitopäivää edeltäneestä iltapäivästä hoitopäivänä dialyysihoidosta lähtemiseen. Tarkoitus on luoda kuva potilaan toimimisesta käden kanssa, jossa fisteli on ja fistelin oikeaoppisesta hoidosta mahdollisimman käytännönläheisesti.

Video on jaettu 5 eri kohtaukseen ja ideaamme videoinnista ei täydy kuvaajien puolelta noudattaa, vaan he saavat tuoda tekstin sisällön esille parhaalla näkemällään tavalla. Toivottu videon kesto on 8-10 minuuttia.

Käsikirjoitus pohjautuu täysin etsittyyn teoretietoon, joka on löydettävissä opinnäytetyön teoriaosuudesta.

1. Arkielämää

Dialyysihoidoissa käyvä potilas elää yhtä normaalia arkea kuin kuka tahansa muukin. Dialyysihoidot ovat iso osa arkipäivää, koska niihin kuluu kolme kertaa viikossa 3-4 tuntia. Ensimmäisessä kohtauksessa hän tulee kotiin kaupasta. Painavaa kauppakassia hän ei kanna fistelikädellä, sillä puristus tuoreessa fistelikädessä voi aiheuttaa ongelmia tuoreelle fistelille. Henkilöllä ei ole mitään puristavia esineitä fistelikädessä tai paitaa jossa puristava hiha, sillä niitä

ei suositella käytettävän. Kauppakassin sijaan on hyvä käyttää reppua ja käsissä kantaa vain kevyitä kantamuksia.

Pienet asiat ratkaisevat myös arkiaskareissa. Fistelin omaavan henkilön ei kannata käyttää puristavia työhanskoja, käyttää moottorisahaa tai tehdä raskaita metsätöitä, jotka rasittavat fistelikättä. Jatkuva paine, rasitus ja tärinä eivät ole hyväksi fistelikädelle.

Tarkoitus: Tämän kohtauksen tarkoituksena on tuoda esille että dialyysihoidoista huolimatta potilas voi elää normaalia elämää, mutta tiettyihin arkisiin asioihin tulee kiinnittää huomiota, jotta fisteli olisi pitkäikäinen ja pysyisi hyvässä kunnossa dialyysihoidoja varten nyt ja jatkossa.

Kuvauspaikka: Koti ja mahdollisimman kotoinen ja positiivinen ympäristö. Tässä tarvitaan useampi näyttelijä perheenjäseniksi tai ystäviksi riippuen kuvaajan valinnasta. Dialyysihoidoissa käyvän potilaan ikä: 55 vuotta.

Idea videoinnista: Kuvataan näyttelijä ajaessa auton kotipihaan. Hän nousee autosta ja nostaa repun selkäänsä, jossa kauppaostokset ovat. Tämän lisäksi hän nostaa autosta hedelmäpussin, jossa on lehtisalaattiruukkuja (kevyttä kannettavaa). Hän menee sisälle ja alkaa tehdä terveellistä ruokaa, kotona voisi odottaa muu perhe tai esimerkiksi ystävät voisivat tulla kyläilemään. Ruoka, jota näyttelijä alkaa valmistaa olisi suotavaa olla jotain terveellistä.

2. Ihonhoito: saunominen ja omasta hygieniasta huolehtiminen

Dialyysissä käyvä potilas saa käydä uimassa ja saunomassa normaalisti, kuitenkin hoitopäivänä näitä suositellaan vältettävän. Ihon kunnosta on ensisijaisen tärkeää pitää huolta. Suihkussa käydessään potilaan suositella käyttävän mieluiten nestemäisiä, mietoja pesuaineita. Pesusienien ja harjojen käyttämistä ei suositella lainkaan, sillä ihorikot ovat iso infektioriski dialyysipotilaalle. Peseytymisen jälkeen iho tulee rasvata. Ihon rasvaamiseen kelpaa mikä vain tavallinen perusvoide. Hajustettuja voiteita ei suositella käytettävän lainkaan herkän ihon takia. Myös muusta henkilökohtaisesta hygieniasta tulee huolehtia. Puhtaisiin vaatteisiin puukeutuminen joka päivä ja vuodevaatteiden sekä pyyhkeiden vaihto kerran viikossa on suositeltavaa.

Tarkoitus: Tämän kohtauksen tarkoituksena on tuoda esille ihon hoitoon ja hygieniaan liittyvät suositukset ja mitä puolestaan ei suositella. Ihon kunto on erityisen tärkeää munuaisten vajaatoiminnasta kärsivälle, sillä pienetkin ihorikot tai haavat saattavat aiheuttaa ison infektion potilaan kehossa ja ovat este dialyysihoidojen toteutukselle.

Kuvauspaikka: Koti, oma sauna/suihku

Idea videoinnista:

Näyttelijä vaihtaa puhtaat petivaatteet ja ottaa kaapista puhtaan pyyhkeen suihkuun menoa varten. Sitten näyttelijä menee suihkuun tai saunaan, mukaansa hän ottaa mietoja pesuaineita. Hän tulee suihkusta pois ja alkaa rasvata ihoa. Videossa voitaisiin näyttää mietoja perusvoiteita, tai muulla tavalla tuoda hajusteiset ja voimakkaat emulsiot esille huonona vaihtoehtona. Videossa täytyy tuoda ilmi mietojen ja hajusteisten pesuaineiden tai -voiteiden ero niin, ettei erillistä tuotemerkkiä mainosteta. Tullessaan suihkusta hän katsoo likaista paitaa, laittaa sen pyykkikoriin ja hakee kaapista puhtaat vaatteet tilalle.

3. Ihonhoito

Potilaan suositellaan tarkistavan ihon kunto päivittäin. Rikkoutunut iho tulehtuu herkästi ja on näin ollen iso infektioriski. Munuaisten vajaatoiminnan yksi oire on ihon kutina ja vaivasta huolimatta raapimista tulee välttää jotta ihorikkoja ei synny. Hankaumat, ihottumat ja muut ihorikot voivat olla merkki infektiosta ja sen lisäksi ne altistavat potilaan erilaisille infektioille. Näistä muutoksista iholla tulee kertoa dialyysiosaston henkilökunnalle. Potilaan tulee myös tarkistaa jalkojen ihon kunto, sillä erilaiset haavaumat ja hiertymät ovat tavanomaisia jalkojen alueella eikä niitä aina huomaa heti.

Ihon lisäksi infektio voi olla myös suun limakalvoilla, virtsateissä tai gynecologisilla alueilla. Hampaiden ja suun hoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota myös dialyysihoitojen aikana säännöllisin väliajoin. Hampaiden ja suun hygieniasta huolehtiminen saattaa päästä unohtumaan vuosien mittaan. Jokainen dialyysipotilas käy hammashoidossa ennen dialyysihoitojen aloittamista, mutta suun hygieniasta huolehtiminen on tärkeää myös tämän jälkeen.

Potilaan on tärkeä pitää huolta kokonaisvaltaisesti ihon ja limakalvojen kunnosta, jotta erilaiset infektiot, verenmyrkytykset ja eritoten fistelikäden infektiot olisivat ennaltaehkäistävässä.

Tarkoitus: Tämän kohtauksen tarkoitus on tuoda esille kuinka tärkeää kokonaisvaltainen ihon kunnosta huolehtiminen on. Erityisen tärkeää on fistelikäden ihon kunto, mutta missä tahansa kehossa oleva infektio tai haava, jota kautta bakteeri pääsee kehoon, on riski sairastua.

Kuvauspaikka: Koti. Tässäkin yksi näyttelijä lisää mikäli ensimmäisessä kohtauksessa valittu kotona olevan perhe ystävien sijaan.

Idea videoinnista: Potilas pesee illalla hampaat ja tarkastelee ihon kuntoa fistelikädestä ja muualta kehosta. Käy varpaiden välit läpi ja varmistaa muutenkin, ettei ihorikkoja löydy. Tämän jälkeen hän istuu tietokoneen ääreen ja varaa ajan rutiinitarkastukseen hammaslääkärille. Sitten hän menee nukkumaan.

4. Fistelikäden seuranta

Potilaan oman osallistuminen osuus munuaisten vajaatoiminnan kokonaishoidossa on merkittävä. Potilaan tulisi tarkistaa fistelin toiminta joka päivä. Fisteli "värisee" ja siitä saattaa kuulua myös pieni ääni, jonka veren nopea virtaus aiheuttaa, ja tätä ääntä kutsutaan svirriksi. Mikäli svirri lakkaa, fistelikäsi turpoaa tai siihen ilmaantuu kovaa kipua, potilaan tulee ottaa välittömästi yhteys sairaalaan.

Fistelikäden iho tulee myös rasvata päivittäin, kahdesti vuorokaudessa. Rasvaamiseen kelpaa mieto perusvoide.

Tarkoitus: Tämän kohtausten tarkoitus on tuoda esille oman toiminnan merkitys kokonaishoidossa. Tässä halutaan ennen kaikkea tuoda esille fistelin toiminnan seuraamisen merkitys ja tilanteet, joissa on otettava yhteyttä hoitavaan sairaalaan. Kolmante tärkeänä asiana on korostaa fistelikäden ihon hoitoa päivittäisenä rutiinitoimenpiteenä.

Kuvauspaikka: Koti

Idea videoinnista: Potilas herää ja tekee normaalit aamutoimet. Hän tunnustelee rauhassa fistelin svirrin tuntumisen ja tarkastaa fistelikäden ihon kunnon. Tämän jälkeen hän rasvaa ihon. Tähän samaan näytetään kaksi kuvaa ruudulla, jossa toisessa tapahtuu aamuinen rasvaus ja toisessa illalla näytetty ihon kunnon tarkistus ja rasvaaminen. Kuvaan mahdollisesti teksti: 2 x vuorokaudessa tai muulla tavalla tuodaan asia katsojalle esille.

5. Dialyysihoito

Potilaan tullessa dialyysiosastolle hoitaja tarkistaa fistelikäden ihon kunnon ja fistelin toiminnan muunmuassa varmistamalla svirrin tuntumisen. Mikäli potilaalla esiintyy pistopelkoa tai pistokipua, siitä kannattaa puhua hoitajalle sillä sitä pystytään lieventämään käyttämällä puudukkeita kuten esimerkiksi emla tai dr henning voiteita.

Dialyysihoidon aikana voi esiintyä erinäisiä ongelmia. Dialyysihoidon aikana kehon neste- ja suolatasapaino voi heilahdella, jonka seurauksena voi esiintyä rytmiaiiriöitä tai suonien vetoa. Päänsärky ja verenpaineen lasku on merkinä nopeasta kuona-aineiden poistosta, jota dialy-

saattori tekee. Hoidon aikana voi esiintyä myös iho-ärsykeitä, jotka yleensä ovat teippien, puudukkeiden tai voiteiden aiheuttamia, sillä ne sisältävät usein muunmuassa paljon säilöntä-aineita, jotka aiheuttavat ihoärsytystä. Tämän lisäksi fistelisuoniin neulan pistäminen voi olla vaikeaa tai dialyysilaitteessa saattaa ilmetä teknisiä ongelmia. On tärkeää, että oireesta riippumatta potilas kertoo rehellisesti ilmaantuneista oireista lähimmälle hoitajalleen. Verenpaineen lasku on yleisin komplikaatio hoidon aikana ja se johtuu kuona-aineiden nopeasta poistumisesta kehosta. Paineita pystytään helpottamaan säätämällä dialyysikoneen kierroslukema alemmas. Normaalisti kierroslukemat koneessa ovat 350, mutta kierroksia voidaan alentaa kerralla esimerkiksi 280:en. (Tässä kerrotut lukemat on ehdotettu dialyysiosastolla selventämään miten kuona-aineiden poistumista voidaan hidastaa oireiden ehkäisemiseksi).

Fistelikädestä ei saa ottaa verinäytteitä, mitata verenpainetta tai antaa nestettä potilaalle.

Dialyysihoidon jälkeen fisteliin asetettujen neulojen (kanyylit) pistokohdille asetetaan teipit. Nämä teipit voidaan poistaa noin kahden tunnin kuluttua hoidon loppumisesta. Vuodon loppuminen ja ruven muodostuminen on kuitenkin yksilöllistä ja toisilla se voi kestää useamman tunnin. Älä siis ota teippiä liian aikaisin pois, sillä muuten siitä voi aiheutua verenvuotoriski. Kun teippi on poistettu, niin rupiin ei tule koskea tai niitä ei tule repiä väkisin pois. Ruvet ovat portit suoraan potilaan verenkiertoon ja näin ollen estävät bakteerien pääsyn kehoon.

Tarkoitus: Tämän kohtauksen tarkoitus on luoda kuva dialyysihoidon aloituksesta ja sen etenemisestä ja mahdollisista oireista tai ongelmista sen aikana. Koska verenpaineen lasku on yleisin hoidon aikana ilmaantunut oire, se halutaan tässä kohtauksessa tuoda esille. Pistopelon ja pistokipujen helpottamiseksi ovat myös tärkeää saada esille.

Kuvauspaikka: Sairaalan dialyysiyksikkö. Näyttelijä näyttelee potilasta ja henkilökunnan jäsen esiintyy sairaanhoitajana. Mikäli henkilökunta ei halua osallistua kuvauksiin, heidän puolestaan perehdytetään näyttelijä toimimaan hoitajana samoin kuin he toimisivat samassa tilanteessa. Tämän lisäksi useampi näyttelijä hankitaan esittämään ystäviä osastolta lähtiessä, lopetukseen kuvauspaikaksi jokin järvimaiesema / ranta, hyvällä ilmalla kuvattuna.

Idea videoinnista:

Kuvataan kun potilas (näyttelijä) tulee osastolle ja sairaanhoitaja (osaston sairaanhoitaja) ottaa tämän vastaan. Käden toiminta ja fistelin toiminta tarkastetaan ja potilas kertoo kärsivänsä pistopelosta. Sairaanhoitaja kertoo puudukkeesta, jolla pystytään lieventämään pistokipua. Videolle tulee näkyviin tuotevaihtoehdot, jota dialyysiyksikössä käytetään. Puuduketta levitetään potilaan iholle.

Kuvataan dialyysihoitoa aloituksen jälkeen ja potilas makaa ensin ihan rauhassa sängyllä ja verenpaine lähtee laskemaan. Huonosta olosta johtuen hän pyytää hoitajan paikalle ja kertoo tälle huonovointisuudestaan, jolloin hoitaja kiinnittää ensimmäisenä huomiota alentuneisiin verenpaineisiin. Hoitaja laskee tässä vaiheessa dialyysaattorista kierroksia 350:stä 280:een, sillä verenpaineen lasku johtuu suurimmaksi osaksi kuona-aineiden nopeasta ja suuresta poistumisesta kehosta.

Ruudulle ilmestyy kuvat verenpainemittarista, verinäyteputkista ja ringer acetat-pakkauksesta (suolaliuosta jota voidaan potilaalle antaa) ja näiden kaikkien päälle tulee punainen ruksi.

Potilaan iholle laitetaan pistokohtiin teipit ja näyttelijä hyvästelee hoitajat ja poistuu osastolta. Osastolta lähtiessään hän tapaa ystävät ja he lähtevät viettämään aikaa järvelle. Videointi pysäytetään kohtaan, jossa näyttelijä on kävelemässä järven rantaan ystävien kanssa.

Liite 3. Kyselylomake

Kyselylomake

Ympyröi mielestäsi sopiva arvio käsikirjoituksen eri osa-alueista. Kaikissa käytetään asteikkoa 1= Huono, 2= tyydyttävä, 3=hyvä, 4=kiitettävä
5=erinomainen

Laatu

- Käsittelikö käsikirjoitus keskeisiä asioita?

1 2 3 4 5

Ohjauksellinen Taso

- Oliko käsikirjoituksessa tuotu esille riittävän kattavasti potilaan oman toiminnan merkitys ja kuinka tulee toimia?

1 2 3 4 5

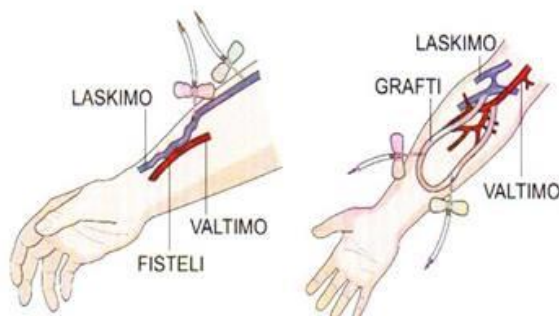
Sisältö

- Oliko käsikirjoitus sisällöltään potilaslähtöinen ja sisälsikö se tarvittavissa määrin käytännön läheisiä ohjeita potilaalle?

1 2 3 4 5

Vapaa sana/ kehitysehdotukset:

Dialyysifisteli ja dialyysigrafti



Hemodialyysin suorittamiseen tarvitaan tehokkaasti toimiva veritie. Fisteli tehdään puudutuksessa tai nukutuksessa yhdistämällä oma pinnallinen laskimo valtimoon. Valtimon paineesta johtuen laskimot laajenevat helposti tunnistettaviksi ja pistettäviksi. Fisteli tehdään yleensä vähemmän hallitsevaan käsivarteen aivan ihon alle. Fisteliä voidaan käyttää aikaisintaan 3-4 viikon kuluttua leikkauksesta. Fistelikäden laskimoihin voidaan pistää dialyysineuloilla toistuvasti suonია vahingoittamatta.

Keinosuoni eli grafti rakennetaan silloin, kun sopivaa laskimoa ei ole käytettävissä fisteliä varten. Grafti tunneloidaan valtimon ja laskimon välille. Grafti voi olla suora tai U-muotoinen. Se voidaan ottaa käyttöön materiaalista riippuen nopeastikin leikkauksen jälkeen.

YHTEYSTIEDOT

Dialyysihoitokeskus Delta
Meilahden kolmiosairaala, 2. krs
Haartmaninkatu 4, rakennus 3
00029 HUS
puh. (09) 471 71510
avoinna vuorokauden ympäri

Dialyysihoitokeskus KIDI
Kirurginen sairaala
Kasarmikatu 11-13
00029 HUS
puh. (09) 471 88670
avoinna ma - la klo 7:30 - 20:30

Dialyysiopetuskeskus
Kirurginen sairaala
Kasarmikatu 11-13
00029 HUS
puh. (09) 471 88655
avoinna ma - la klo 7:30 - 21:00

Dialyysiopetuskeskus
Kotihemodialyysi
Meilahden kolmiosairaala, 2. krs
Haartmaninkatu 4, rakennus 3
00029 HUS
puh. (09) 471 71515
avoinna ma - pe klo 7:30 - 15

Liite 4. HUS: Potilasohje

Leikkauksen jälkeen

Leikkaushaava tulee pitää puhtaana ja kuivana. Leikkaushaavalla pidetään haavateippiä niin kauan kuin haavalta on eritystä. Haavateippiä vaihdetaan päivittäin. Suihkuun saatte mennä vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Ompeleet poistetaan 7 - 10 vrk:n kuluttua leikkauksesta. Saunaan, uimaan ja kylpyyn saatte mennä aikaisintaan vuorokauden kuluttua ompeleiden poistosta. Leikkauksen jälkeen voitte käyttää kättä muuten normaalisti, mutta raskaita nostoja tulee välttää ensimmäiset kolme viikkoa.

Fistelin ja graftin käyttö

Dialyysin yhteydessä fisteliin ja graftiin pistetään kaksi neulaa, jotka sitten poistetaan hoidon jälkeen. Hoidon jälkeen pistokohtia painetaan taitoksilla niin kauan kunnes vuoto lakkaa. Tämän jälkeen pistopaikkojen päälle laitetaan laastarit, jotka voi poistaa muutaman tunnin kuluttua. Käden voimakasta käyttöä tulee välttää heti dialyysin jälkeen. Siten estetään etteivät pistopaikat aukea ja ala vuotaa. Jos fisteli alkaa vuotaa, vuotopaikkaa painetaan kunnes vuoto on lakannut. Jos vuoto ei lakkaa ½ tunnin kuluessa ottakaa yhteyttä dialyysiosastoon tai Meilahden päivystykseen.

Fistelin ja graftin hoito

Fistelä ja graftia tulee tunnustella päivittäin ja siinä tulisi tuntua verenvirtauksen aiheuttama sirinä eli svirri. On normaalia, että svirrin voimakkuus vaihtelee jonkin verran eri päivinä. Jos svirri ei tunnu tai fistelikädessä esiintyy kipua tai turvotusta, ottakaa ensisijaisesti yhteyttä omaan dialyysiyksikköönne. Päivystysaikana ottakaa yhteys Dialyysihoitokeskus Deltaan.

Huolehtikaa fistelikäden ihon kunnosta. Rasvatkaa kuivaa ihoa ja huomioikaa mahdolliset ihoärsytykset, kuten ihottumat, naarmut ja haavaumat.

OTTAKAA VÄLITTÖMÄSTI YHTEYTTÄ JOS:

- Ette kuule tai tunne svirriä fistelissä tai graftissa
- Käsi tai käsivarsi turpoaa
- Fisteliä / graftia ympäröivä iho punoittaa, on kuuma tai arka
- Fistelikädessä tai sormissa tuntuu kipua, puutuneisuutta ja ne ovat viileät
- Fistelin / graftin verenvuoto ei tyrehy

HUOMIOIKAA:

- Fistelikädestä ei saa ottaa verinäytteitä eikä mitata verenpainetta infekti-, vuoto- ja fistelin tukkeutumisvaaran vuoksi
- Kellon, rannekorujen ja sormuksien sekä kaikenlaisten kiristävien esineiden käyttöä ei fistelikädessä suositella

13.1.2013 LM/VS/RMT

Liite 5. Hemodialyysipotilas vuodeosastolla



Lohjan sairaala, Dialyysiyksikkö
Puh. (019) 3801 812
Fax (019) 3801 976

HEMODIALYYSIPOTILAS VUODEOSASTOLLA

Potilas: _____
Hoitopäivät: ____ / ____ / ____ Hoidon aloitus klo ____.

Aamuvuoroon tuleva potilas tulee dialyysiin viimeistään klo 8.30. Aamupalan ja lounaan potilas syö vuodeosastolla. Dialyysissä tarjotaan välipala noin klo 9.30.

Iltavuoroon tuleva potilas tulee dialyysiin klo 14.30. Dialyysissä tarjotaan päivällinen noin klo 16.30.

Veritie dialyysihoitoa varten:

FISTELI: oikea / vasen
KATETRI: oikea / vasen

Fistelikäden hoito:

- Laastarit ja sidokset poistetaan n. 2 tuntia dialyysihoidon jälkeen.
- Käsi rasvataan kahdesti päivässä välipäivinä.
- Fistelikädestä EI SAA ottaa verinäytteitä.
- Fistelikäteen EI SAA antaa infuusiota.
- Fistelikädestä EI SAA mitata verenpainetta.

Sentraalinen hemodialyysikateetri on tarkoitettu ainoastaan dialyysikäyttöön. Poikkeuksena elvytystilanne: aspiroi vähintään 5 ml lukkoainetta ja verta pois ennen käyttöä!

Hygieniat:

- Huolehdittava hyvästä hygieniasta dialyysin veritiehen liittyvän infektiotaaran vuoksi.
- Katetrin kanssa voi mennä suihkuun, kun se on suojattu muovikalvolla.

Lääkitys:

- Kaikki per os lääkkeet jaetaan vuodeosastolla, ellei toisin sovi.
- Dialyysiosastolla annettavaksi sovitettavat IV-lääkkeet tulee toimittaa laimentamattomina kuiva-aineina dialyysin potilaan mukana.
- Mahdollinen EPO-lääkitys tulee annostella ajanmukaisen ohjeen mukaan osastolla.

Hemodialyysipotilaan ruokavalio:

- Potilaan nesterajoitus on osastolla enintään _____ ml / vrk:ssa. Huomioithan myös ruoan sisältämän nesteet!
- Lähes kaikilla potilailla on **kaliumparajitus** (runsaskaliumisia ravintoaineita ovat mm. kahvi, banaani, mustaherukka, suklaa ja pähkinä).
- **Fosforirajoitus** on lähes poikkeuksetta jokaisella hemodialyysipotilaalla (runsasfosforisia ravintoaineita ovat maitotuotteet (mm. maito, juusto) sekä pieniruotoiset kalat).
- Keittiöstä tilataan hemodialyysipotilaan ruokavalio (korttiin merkintä "HD").
- Lisätietoja hemodialyysipotilaan ruokavaliosta saat tarvittaessa dialyysiosastolta.

Laboratoriotutkimukset:

Verisuonten säästämiseksi dialyysipäivän verinäytteet otetaan hoidon yhteydessä. Kun haluatte dialyysihoitajan ottavan potilaasta verinäytteitä, laittakaa pyynnöt koneelle ja ilmoittakaa asiasta dialyysiin.

Osalla potilaistamme on reissuvihko mukana, huolehdiathan sen potilaan mukaan.

Muuta hoidossa huomioitavaa:

Dialyysihoitaja _____

Soita ja kysy, jos epäselvää! puh:1812